



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Zasoby podmiotowe i radzenie sobie ze stresem a zdrowie osób bliskich wspierających chorych na białaczkę

Author: Anna Kaczmarska-Tabor

Citation style: Kaczmarska-Tabor Anna. (2019). Zasoby podmiotowe i radzenie sobie ze stresem a zdrowie osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

U N I W E R S Y T E T Ś L Ą S K I W K A T O W I C A C H

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Instytut Psychologii

Rozprawa doktorska

ANNA KACZMARSKA-TABOR

**ZASOBY PODMIOTOWE I RADZENIE SOBIE ZE STRESEM
A ZDROWIE OSÓB BLISKICH WSPIERAJĄCYCH CHORYCH NA
BIAŁACZKĘ**

Praca doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Heleny Wrony-Polańskiej, prof. WSG

Kraków 2019

Składam serdeczne podziękowania Pani dr hab. Helenie Wronie-Polańskiej, prof. WSG
za podjęcie zadania promotora pracy, wsparcie merytoryczne, życzliwość i wyrozumiałość
okazaną na każdym etapie naszej wieloletniej współpracy.

Spis treści

Spis treści	3
Wprowadzenie	7
1. Choroba nowotworowa jako zagrożenie	9
1.1. Zachorowalność na nowotwory	9
1.2. Charakterystyka białaczek	10
1.3. Metody leczenia białaczek	13
1.3.1. Przeszczepianie komórek krwiotwórczych	13
1.4. Społeczny obraz choroby nowotworowej	17
1.5. Choroba nowotworowa w rodzinie	18
1.5.1. Sytuacja psychologiczna chorego na białaczkę	18
1.5.2. Rodzina z chorobą nowotworową	21
1.5.3. Fazy choroby nowotworowej	24
2. Stres a zdrowie	28
2.1. Pojęcie stresu	28
2.2. Wpływ stresu na organizm człowieka	33
2.3. Lęk a stres	34
2.4. Radzenie sobie ze stresem	41
3. Sposoby rozumienia zdrowia	47
3.1. Model biomedyczny i biopsychospołeczny	47
3.2. Podejście psychosomatyczne i somatopsychiczne a zdrowie	49
3.3. Jakość życia a zdrowie	51
3.4. Funkcjonalne ujęcie zdrowia	53
4. Zasoby podmiotowe a zdrowie	59
4.1. Poczucie koherencji	59
4.2. Samoocena	62
4.3. Poczucie kontroli	65
4.4. Wsparcie społeczne	68
4.5. Poczucie własnej skuteczności	72
4.6. Styl życia i zachowania zdrowotne a zdrowie	73

5. Przebieg badań	79
5.1. Teoretyczny model badania	80
5.2. Pytania i hipotezy badawcze	80
5.3. Zmienne i ich operacjonalizacja	82
5.4. Procedura badawcza	85
5.5. Techniki badawcze	85
5.5.1. Techniki do badania zdrowia	85
5.5.2. Techniki do badania poziomu stresu i radzenia sobie ze stresem	87
5.5.3. Techniki do badania zasobów	88
5.6. Opis zastosowanej statystycznej analizy danych	90
5.7. Charakterystyka badanej grupy	90
Wyniki badań własnych	92
6.1. Charakterystyka zdrowia i jego wskaźników	92
6.1.1. Zdrowie osób badanych - ogólna zmienna zdrowie	92
6.1.2. Sytuacja zdrowotna bliskich osób wspierających chorych na białaczkę	107
6.3. Poziom stresu osób wspierających chorych na białaczkę	108
6.4. Radzenie sobie ze stresem przez osoby wspierające chorych na białaczkę	112
6.5. Zasoby podmiotowe	113
6.6. Zmienne a płeć badanych osób	118
7. Stres i radzenie sobie ze stresem a zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę	121
7.1. Zdrowie a stres	121
7.2. Zdrowie a style radzenia sobie ze stresem	125
8. Zasoby podmiotowe a stres i radzenie sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę	128
8.1. Zasoby podmiotowe a poziom stresu	128
8.2. Zasoby podmiotowe a style radzenia sobie ze stresem	130
9. Zasoby podmiotowe a zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę	136
10. Dyskusja i wnioski z badań	140
10.1. Wnioski aplikacyjne	158
Bibliografia	161
Streszczenie	185
Abstract	197
Aneks	189
Spis tabel, wykresów i rycin	197

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce i na świecie. Mimo znacznego postępu medycznego w zakresie leczenia nowotworów w społeczeństwie nadal występują lękowe postawy wobec choroby nowotworowej, które są wynikiem społecznego podejścia polegającego na równoważeniu jej ze śmiercią (Cobb 1959, 1972; Wrona-Polańska 1985, 1996a, Nęcki, Górniak 1999). Każda choroba, a szczególnie ta o niepewnym rokowaniu zagraża zdrowiu i życiu człowieka, budzi wiele obaw i wymaga wprowadzenia zmian w zakresie pełnionych ról społecznych czy realizowanych wartości. Diagnoza choroby nowotworowej oraz proces jej leczenia rzutują na życie pacjenta oraz system rodzinny i otoczenie, sytuacja ta ma charakter procesu wymagającego gotowości do adaptacji i sprostania wyzwaniom jakie niesie ze sobą choroba.

Białaczki należą do chorób nowotworowych, które bezpośrednio zagrażają zdrowiu i życiu, wynika to z ich specyfiki, obejmują cały organizm człowieka - w przypadku białaczek nowotwór ma charakter uogólniony - układ krwionośny człowieka zostaje zaatakowany przez zmutowane leukocyty. Współczesna medycyna daje możliwość wyleczenia białaczek, taką szansę stanowi transplantacja komórek krwiotwórczych. Przeszczepienie to złożona sytuacja stresowa dla pacjenta jak i jego bliskich, która nie jest jednoznaczna z wyleczeniem. Przygotowanie, zabieg transplantacji oraz czas po transplantacji to z jednej strony zagrożenie w wymiarze biologicznym, psychologicznym, społecznym i duchowym, z drugiej wyzwanie wymagające mobilizacji zasobów biologicznych, psychologicznych, społecznych i duchowych w celu powrotu do zdrowia. Jak wskazuje literatura przeżywa 50% pacjentów, inni giną na różnych etapach leczenia (Wrona-Polańska, 2011).

Konsekwencją choroby nowotworowej w rodzinie jest reorganizacja całego systemu. Niejednokrotnie zmiany mają charakter trwałe, co może być trudne do akceptacji zarówno przez osobę chorą, jak również jej bliskich.

Założenie, że doświadczenie choroby nowotworowej jest jedynie zjawiskiem zagrażającym zdrowiu osób wspierających byłoby osadzone w podejściu biomedycznym zorientowanym na chorobę. Aktualnie uważa się, że doświadczenie sytuacji stresowej nie musi mieć jedynie negatywnego charakteru, może również prowadzić do rozwoju osobowości człowieka oraz jego relacji z otoczeniem (Wrona-Polańska, 2003, 2011).

Podstawą podjętych badań jest Funkcjonalny Model Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2011), w którym zdrowie ujęte jest systemowo. Zdrowie i choroba

rozumiane są jako funkcja zmagania się ze stresem oraz zasobów. Gdzie kluczową rolę pełnią zasoby, które pośrednio i bezpośrednio warunkują zdrowie jednostki. W podjętych badaniach skoncentrowano się na uzyskaniu odpowiedzi na pytanie, jakie psychologiczne mechanizmy decydują o utrzymaniu zdrowia przez osoby wspierające chorych na białaczkę.

Inspiracją do podjętej tematyki była przede wszystkim współpraca oraz badania prowadzone pod kierunkiem Profesor Heleny Wrony-Polańskiej, Kierownika Katedry Psychologii Zdrowia Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, inicjatorki poszukiwań psychologicznych mechanizmów zdrowia i choroby wśród osób zdrowych i chorych. Od lat 70' ubiegłego wieku Profesor prowadziła badania obejmujące chorych na białaczkę, których celem było znalezienie odpowiedzi na pytanie jak chorzy zmagają się ze stresem choroby i jak można ich wesprzeć w powrocie do zdrowia. Rezultatem naukowych poszukiwań uwarunkowań zdrowia i choroby Heleny Wrony-Polańskiej jest Funkcjonalny Model Zdrowia, który jednocześnie stanowił inspirację do przeprowadzenia badań wśród osób wspierających chorych na białaczkę oraz stanowi podstawę teoretyczną niniejszej rozprawy. Zdrowie w tym ujęciu zależy od skutecznego zmagania się ze stresem oraz posiadanych przez jednostkę zasobów. Nawet w tak trudnej sytuacji jaką jest choroba somatyczna, osoba ze swoją podmiotowością może być kreatorem swojego zdrowia poprzez uruchomienie sił wewnątrzpsychicznych do zmagania się z ową sytuacją, które są zależne od zasobów jednostki i przeżywanych przez nią emocji. W literaturze coraz częściej pojawiają się doniesienia dotyczące faktu, że choroba jest ogromnym źródłem stresu dla pacjentów, jak również ich bliskich, przez co może stanowić zagrożenie dla ich zdrowia. Wychodząc z założenia za Wroną-Polańską (2003, 2011), że zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem pojawiło się pytanie: jak radzą sobie ze stresem osoby bliskie chorujących na białaczkę oraz co sprzyja utrzymaniu przez nich zdrowia?

Podstawowymi zmiennymi, zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia, są zdrowie (zmienna wyjaśniana) oraz stres, style radzenia sobie ze stresem i zasoby (zmienne wyjaśniające). Zdrowie zostało zoopercjonalizowane za pomocą pięciu wskaźników: poczucia zdrowia, poczucia spokoju, poczucia jakości życia, poczucia braku zmęczenia oraz udziału w życiu społecznym (na podstawie operacyjnej definicji zdrowia Wrony-Polańskiej, 2003).

Praca składa się z części teoretycznej oraz empirycznej.

Rozdział pierwszy dotyczy charakterystyki medycznej choroby białaczkowej, jak również opisu sytuacji psychologicznej chorego na białaczkę oraz rodziny. Rozdział drugi ukazuje problematykę stresu i radzenia sobie z nim, natomiast w rozdziale trzecim zostaje podjęta tematyka zdrowia i choroby oraz prezentacja i opis Funkcjonalnego Modelu Zdrowia

Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2011) jako podstawy pracy. W rozdziale czwartym przedstawiono koncepcje dotyczące roli zasobów podmiotowych w kształtowaniu zdrowia człowieka.

Rozdział 5 i 6 uwzględnia założenia i hipotezy pracy oraz stosowane techniki, metodę pracy, charakterystykę badanej grupy oraz jakościową analizę materiału empirycznego. W rozdziale 7, 8 i 9 podjęto się weryfikacji przyjętych hipotez. Analiza zebranego materiału badawczego obejmuje głównie zdrowie, stres, radzenie sobie z nim oraz zasoby, jak również wzajemne ich relacje u osób wspierających chorych na białaczkę. Uzyskane wyniki są zgodne z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia i ukazały kluczową rolę zasobów dla zdrowia oraz pozytywnego rozwiązania transakcji stresowej jaką jest zmaganie się z chorobą białaczkową osoby bliskiej. Dla zdrowia osób wspierających chorych zagrażająca jest koncentracja na negatywnych emocjach oraz deficyty w zasobach, głównie wysoki poziom lęku dyspozycyjnego. Wyższemu zdrowiu sprzyja styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich (rozumiany jako poszukiwanie wsparcia) oraz poczucie wsparcia ze strony innych, silne poczucie koherencji, które obniża poziom stresu oraz przeciwdziała koncentracji na negatywnych emocjach.

Podsumowanie rozprawy stanowi rozdział "Dyskusja i wnioski z badań", w którym szczegółowo zostały omówione uzyskane wyniki w świetle stanowiącego podstawę teoretyczną Funkcjonalnego Modelu Zdrowia oraz aktualnych doniesień badawczych dotyczących podjętej przez autorkę problematyki. Wyniki stały się podstawą sformułowania wniosków aplikacyjnych.

CZEŚĆ TEORETYCZNA

1. Choroba nowotworowa jako zagrożenie

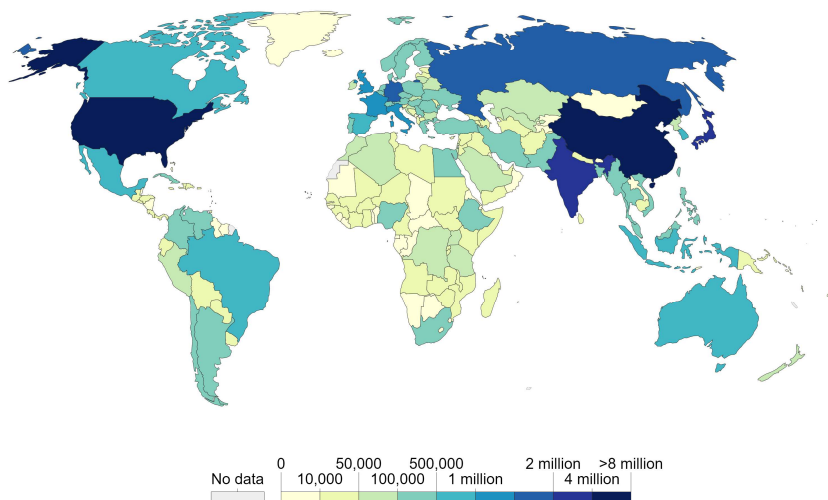
1.1. Zachorowalność na nowotwory

Zachorowalność na choroby nowotworowe jak i układu krążenia stale wzrasta. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (2018) za rok 2016 powyższe choroby stanowiły główne przyczyny umieralności w Polsce. Na świecie 1 na 6 zgonów jest spowodowanych nowotworem, choroba nowotworowa jest drugą przyczyną zgonów na świecie (WHO, 2018).

W ciągu ostatnich 30 lat liczba zachorowań na nowotwory na świecie zwiększyła się dwukrotnie. Według WHO w 2014 roku było 14 milionów nowych zachorowań, w 2020 liczba ta ma wzrosnąć do 17 milionów (Stewart, Wild, 2014). W 2008 roku liczba zachorowań wynosiła 12,4 miliona. Wyższa zachorowalność dotyczy przede wszystkim krajów wysokorozwiniętych (Boyle, Levin, 2008).

Number of people with cancer, 2016

Total number of people suffering from any type of cancer at a given time. This is measured across both sexes, and all ages.



Source: IHME, Global Burden of Disease

CC BY-SA

Rycina 1. Choroby nowotworowe na świecie w 2016 roku
Pobrano z: <https://ourworldindata.org/cancer> (10.11.2017)

W Polsce podobnie jak na świecie choroby nowotworowe znajdują się od wielu lat na drugim miejscu wśród głównych przyczyn zgonów ludności. W Polsce rocznie średnio z powodu chorób nowotworowych umiera 96 tysięcy osób, to stanowi 25% wszystkich zgonów. Szacuje się, że nowotwory w bliskiej przyszłości będą główną przyczyną zgonów

osób przed ukończeniem 65 lat. Sytuacja ta związana jest ze starzeniem się społeczeństwa, jak również wzrostem czynników rakotwórczych obejmujących również styl życia człowieka (Potrykowska, Strzelecki, Szymborski, Witkowski, 2014).

Aktualnie nowotwory stanowią drugą grupę chorób, na które Polacy zapadają najczęściej. Dane wskazują, że w bliskiej przyszłości nowotwór złośliwy będzie dotyczył co czwartego Polaka, a co piąta osoba umrze z powodu tej choroby (de Walden-Gałuszko, Kaptacz, 2005).

Zgodnie z wytycznymi WHO powyżej 30% zgonów z powodu nowotworu można uniknąć poprzez zmianę lub eliminację czynników ryzyka takich jak: palenie papierosów, nadwaga lub otyłość, niezdrowa dieta z małą ilością owoców i warzyw, brak aktywności fizycznej, spożywanie alkoholu, zakażenie wirusem HPV oraz HBV, promieniowanie jonizujące i niejonizujące, zanieczyszczenie powietrza (Stewart, Wild, 2014).

1.2. Charakterystyka białaczek

Białaczki to choroby nowotworowe szpiku kostnego. Aktualnie dzięki możliwości mikroskopowego określenia komórek krwi białaczki dzieli się na postać szpikową i limfoblastyczną. Ich podział na ostre i przewlekłe dotyczy przebiegu choroby (Hellmann, Prejzner, 2001). Cechą charakterystyczną białaczki jest proliferacja, czyli namnażanie się i niewłaściwe dojrzewanie komórek. Ekspansja komórki macierzystej danego układu powoduje jej uogólniony rozrost w szpiku kostnym, czasem prowadzi do naciekania w innych narządach, może też być przyczyną wysiewu komórek białaczkowych do krwi obwodowej. Wyróżnia się trzy rodzaje białaczek: białaczki ostre (AL) (w tym: ostrą białaczkę szpikową - AML, ostrą białaczkę limfatyczną - ALL), przewlekłą białaczkę szpikową (CML), przewlekłą białaczkę limfatyczną (CLL) (Janicki, 2001).

Diagnozę ostrej białaczki szpikowej (AML) stawia się w 80% przypadków zachorowań u osób dorosłych (Herold, 2008; Leach, van Boxel, 2016). AML jest nowotworem złośliwym układu białokrwinkowego. Cechuje ją obecność nieprawidłowych komórek krwi, które występują w szpiku i we krwi, mogą również tworzyć nacieki w różnych narządach (Podolak-Dawidziak, Sacha, 2013). Początek choroby jest nagły. Pacjenci zgłaszają się z objawami ogólnymi w postaci osłabienia, stanów gorączkowych, chudnięcia, nadmiernej potliwości. W wyniku choroby następuje obniżenie odporności, czego

skutkiem jest podatność na zakażenia, anemie, małopłytkowość¹. Chorzy często odczuwają bóle kostne, bóle stawowe, czasem dochodzi do powiększenia wątroby, śledziony i węzłów chłonnych oraz nacieków białaczkowych w mózgu (Skotnicki, Nowak, 1998). Charakterystyczny dla AML jest agresywny i szybki przebieg. Chorobowe komórki mają możliwość szybkiego podziału, dlatego też brak leczenia w przypadku AML może spowodować śmierć pacjenta w ciągu kilku tygodni (Basak, Paluszewska, 2016). W leczeniu AML stosuje się intensywną chemioterapię, która przebiega etapami. Zwykle ma ona postać polichemioterapii². Mimo całkowitej remisji, w szpiku kostnym nadal mogą występować komórki białaczkowe, czego skutkiem może być szybki nawrót choroby. Aby temu zapobiec włącza się leczenie konsolidujące. Intensywna chemioterapia ma na celu zniszczenie opornych blastów, które przetrwały leczenie indukcyjne. Istotne jest leczenie pokonsolidacyjne, którego celem jest podtrzymanie remisji i zapobieganie nawrotom choroby. W terapii AML ważne jest także leczenie wspomagające tj.: leczenie przeciwbakteryjne i przeciwgrzybiczne, leczenie skazy krwotocznej, zapobieganie zakażeniom poprzez izolację chorego, podawanie wyjąłowanego pożywienia, pomoc psychologiczną (Skotnicki, Nowak 1998; Szczeklik 2006). Najczęściej, aby wyleczyć ostrą białaczkę szpikową po agresywnej chemioterapii stosuje się alogeniczny przeszczep komórek krwiotwórczych. To czy takie leczenie będzie mogło być wdrożone zależy od stanu pacjenta, wydolności jego organizmu oraz tego w jakim jest wieku. Szacuje się, że 50-60% chorych po przeszczepieniu alogenicznych komórek krwiotwórczych przeżyje do 5 lat po zabiegu, pozostali umierają z powodu nawrotu choroby lub toksyczności leczenia. W przypadku chorych, u których nie można zastosować transplantacji stosuje się leczenie wspierające (celem jest redukcja krwinek białych za pomocą leków doustnych lub podawanych podskórnym) (Basak, Paluszewska, 2016).

Ostra białaczka limfoblastyczna (ALL) stanowi 75% wszystkich diagnozowanych ostrych białacek u dzieci, natomiast u dorosłych około 20% (najczęściej przed 30 rokiem życia). Do głównych objawów należy powiększenie śledziony lub węzłów chłonnych (Podolak-Dawidziak, Sacha, 2013).

Ogólne sposoby leczenia są takie jak w przypadku AML. Wymagane jest przeważnie leczenie objawowe, obejmujące izolację pacjenta, skrupulatną higienę osobistą oraz podtrzymującą terapię antybiotykową, leczenie przeciwgrzybiczne i nawadnianie organizmu.

¹ Małopłytkowość - wybroczyny krwawe, krwawienia z nosa, dziąseł, plamica na skórze i błonach śluzowych.

² Polichemioterapia- forma leczenia składająca się z dobowych dożylnych wlewów Arabinozydu cytozyny podawanego najczęśniej przez 7 dni i Daunorubicyny podawanej przez 3 dni.

Celem chemioterapii jest pełna remisja, która oznacza normalizację obrazu morfologicznego krwi i szpiku kostnego oraz brak objawów pozaszpikowych. Wprowadzenie leczenia konsolidującego ma prowadzić do usunięcia pozostałych komórek nowotworowych. Następnie wprowadzone jest leczenie podtrzymujące (Skotnicki, Nowak, 1998; Szczeklik, 2006).

Przewlekłą białaczkę szpikową (CML) częściej rozpoznaje się u mężczyzn niż u kobiet. CML stanowi ok. 15%-25% wszystkich zachorowań na białaczkę wśród dorosłych. W Polsce rocznie jest około 400 nowych przypadków zachorowania na CML (Lewandowski Sacha, Żołnierowicz, Warzocha, 2013). CML najczęściej jednak występuje między dwudziestym i pięćdziesiątym rokiem życia (Skotnicki, Nowak, 1998). Choroba ta diagnozowana jest zazwyczaj podczas rutynowego badania krwi. CML przebiega fazowo (2 lub 3 fazy). Pierwsza faza określana jest jako przewlekła, choroba najczęściej przebiega bezobjawowo. Bywa obserwowane gorsze samopoczucie w postaci zmęczenia czy obniżenia sprawności fizycznej. W momencie zaostrzenia CML pojawią się kolejne symptomy takie jak niedokrwistość i powiększona śledziona. Po kilku latach trwania choroby prawdopodobne jest przejście przewlekłej białaczki w ostrą (Herold 2008, Szczeklik 2006). Wciąż jedyną metodą prowadzącą do wyleczenia CML jest allogeniczne przeszczepienie komórek macierzystych. Pierwsze próby leczenia CML w powyższy sposób podjęto około 25 lat temu, w EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) odnotowanych jest 20 000 zabiegów transplantacji zrealizowanych na terenie Europy (za: Lewandowski i in., 2013).

Przewlekła białaczka limfocytowa (CLL) dotyczy zwykle osób starszych (głównie występuje po 65 roku życia) (Polskie Towarzystwo Onkologiczne 2014). Częściej diagnozowana jest u mężczyzn. Najczęściej rozpoznawana jest przypadkowo (Herold, 2008). Około połowy osób chorych umiera z powodu powikłań związanych z chorobą (Szczeklik, 2006). Chorzy zwykle trafiają do lekarza z powodu męczliwości i ogólnego złego samopoczucia. W zaawansowanym stadium choroby obserwuje się powiększone węzły chłonne, częste infekcje wirusowe i zakażenia bakteryjne, niedokrwistość, krwawienia, obniżenie masy ciała. W sytuacji wczesnego rozpoznania klinicznego zwykle leczenie nie jest wymagane. Wprowadza się je najczęściej w bardziej zaawansowanym stadium choroby w postaci chemioterapii lub radioterapii (Herold, 2008). CLL to nadal choroba nieuleczalna, poza przypadkami, kiedy istnieje możliwość dokonania przeszczepu szpiku kostnego od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego (tj. przeszczepu allogenicznego). Ten sposób leczenia wykonywany jest tylko u osób poniżej 65 roku życia i wiąże się ze znacznym

ryzykiem powikłań i śmiertelnością. Obecnie, głównie u osób młodych, w wyniku stosowania nowoczesnych metod leczenia celem leczenia jest uzyskanie całkowitej remisji choroby (Popławska, 2011).

1.3. Metody leczenia białaczek

Leczenie białaczek to proces złożony i często wyczerpujący dla osoby chorej. Zwykle wiąże się z zastosowaniem agresywnej i wymagającej dużych nakładów finansowych terapii. Jednocześnie coraz częściej osoby chore odzyskują zdrowie i powracają do normalnego funkcjonowania. Dlatego tak istotna jest wczesna diagnoza choroby oraz mobilizacja zasobów chorego do radzenia sobie ze stresem choroby i odzyskania zdrowia. Leczenie białaczek zwykle ma charakter inwazyjny i łączy się z doświadczeniem lęku oraz bólu przez chorego (Wrona-Polańska, 2011, 2016a).

Współcześnie stosowane jest leczenie skojarzone (systemowe) nowotworów, które polega na łączeniu więcej niż jednej metody leczenia. Leczenie takie pozwala uzyskać kontrolę nad chorobą, daje możliwość zatrzymania choroby lub całkowitego jej wyleczenia. Leczenie skojarzone obejmuje metody o działaniu ogólnoustrojowym, takie jak: chemioterapia, immunoterapia, hormonoterapia, bioterapia. Może być stosowane samodzielnie lub łączone z radioterapią albo leczeniem chirurgicznym (Szczeklik, 2006).

W przypadku nowotworów układu krwiotwórczego zwykle stosuje się polichemioterapię, która polega na podawaniu 2-3 cytostatyków choremu. Leki podawane są cyklicznie, chemioterapia wielolekowa ogranicza ryzyko wystąpienia u pacjenta chemiooporności. Chemioterapia niesie ze sobą możliwość wystąpienia bezpośrednich lub oddalonych w czasie skutków ubocznych leczenia. Niejednokrotnie prowadzi do znacznego uszkodzenia odporności chorego oraz narządów wewnętrznych niezwiązanych z samą chorobą (Janicki, 2001; Szczeklik, 2006).

1.3.1. Przeszczepianie komórek krwiotwórczych

Aktualnie transplantacja komórek krwiotwórczych to standardowa metoda leczenia nowotworowych i nienowotworowych chorób układu krwiotwórczego (Giebel, 2015; za: Legieć, 2016). Światowe rejestry obejmują około 17 milionów potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych oraz 450 tysięcy jednostek krwi pępowinowej. W związku z rozwojem metod doboru dawców, większymi możliwościami w zakresie dostosowania do stanu pacjenta leczenia kondycjonującego, bardziej skutecznym leczeniem powikłań wzrosła

efektywność przeprowadzanych przeszczepów (za: Legieć, 2016; Rzepecki, 2013). W Polsce w ciągu roku przeprowadza się około 700-800 transplantacji komórek krwiotwórczych. Pomyślny przebieg i zakończenie procedury przeszczepienia komórek krwiotwórczych w znacznym stopniu zależą od nastawienia pacjenta, jego świadomości oraz wsparcia bliskich (Rzepecki, 2013).

Do dwóch podstawowych rodzajów transplantacji komórek krwiotwórczych zalicza się przeszczep autologiczny (własnych komórek) oraz allogeniczny (komórek od dawcy) (Basak, 2016). Rozróżnia się także przeszczepianie syngeniczne, czyli od identycznego genetycznie bliźniaka jednojajowego. W przypadku ponad połowy transplantacji dawcami są osoby niespokrewnione. Na ogół komórki krwiotwórcze pobiera się z krwi obwodowej, kolejnym źródłem jest szpik oraz krew pępowinowa (Giebel, 2015; Rzepecki, 2013). Do allogenicznego przeszczepiania komórek krwiotwórczych, poszukuje się dawcy wśród rodzeństwa pacjenta, które jest zgodne w układzie HLA. W przypadku braku rodzeństwa lub zgodności w układzie HLA poszukuje się dawcy niespokrewnionego (Basak, 2016; za: Legieć, 2016). W przypadku transplantacji autologicznej dawcą jest sam pacjent. Wówczas komórki zwykle pozyskuje się z krwi obwodowej. Komórki krwiotwórcze można także pozyskać z krwi pępowinowej. W przypadku przeszczepu z krwi pępowinowej jest mniejsze ryzyko wystąpienia zjawiska przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD). Wynika to z mniejszej liczby dojrzałych limfocytów T, dlatego też dopuszcza się w transplantacji z krwi pępowinowej większą niezgodność w porównaniu do innych przeszczepień allogenicznych. Ten sposób wiąże się również z pewnymi ograniczeniami w postaci dłuższego czasu regeneracji szpiku oraz zbyt małą liczbą komórek dla dorosłego biorcy z jednej jednostki krwi pępowinowej (za: Legieć, 2016).

Procedura przeszczepiania zwykle obejmuje następujące etapy:

1. Pozyskanie zgodnego dawcy lub pobranie komórek krwiotwórczych od pacjenta
2. Przygotowanie chorego do zabiegu przeszczepiania
3. Leczenie kondycjonujące bezpośrednio przed wykonaniem transplantacji (chemioterapia lub chemioradioterapia)
4. Transplantacja komórek krwiotwórczych
5. Regeneracja hemopoety³
6. Regeneracja organizmu biorcy (w tym przeciwdziałanie i leczenie powikłań).

³ Hemopoza- krwiotworzenie

Przygotowanie do przeszczepiania to bardzo istotny etap, który w znacznym stopniu wpływa na efektywność transplantacji w białaczkach ostrych. Ważne jest, żeby osoba chora była w jak najlepszej kondycji zdrowotnej. Optymalna sytuacja to ta, kiedy można doprowadzić do remisji choroby przed zabiegiem transplantacji.

Celem leczenia kondycjonującego jest zniszczenie pozostałych komórek nowotworowych. Aby przeciwdziałać odrzuceniu przeszczepianych komórek krwiotwórczych w przypadku allogenicznego przeszczepiania, dąży się do obniżenia odporności (immunosupresji). Standardowo kondycjonowanie polega na napromieniowaniu całego ciała lub podaniu leków cytostatycznych wraz z lekami o działaniu immunosupresyjnym. Leczenie to ma działanie mieloablacyjne, czyli doprowadza do całkowitego zniszczenia szpiku kostnego. Oprócz wysokiej efektywności takiego leczenia (niewielka liczba nawrotów choroby), są też koszty w postaci silnych skutków ubocznych (Basak, 2016). Skutkiem przeprowadzonego leczenia mieloablacyjnego jest niedobór prawidłowych krwinek białych, czerwonych oraz płytek krwi. W konsekwencji pacjent jest narażony na niebezpieczne dla życia infekcje i krwawienia do momentu kiedy szpik zacznie prawidłowo funkcjonować. Leczenie przebiega w sterylnych warunkach (izolatka). Pacjent przebywa w odosobnieniu i zalecane jest ograniczenie kontaktów z innymi osobami do minimum. W wyniku chemioterapii mogą wystąpić nudności, biegunki oraz wymioty. Często pojawiają się u chorych bolesne zmiany w jamie ustnej, a nawet całym układzie pokarmowym. Zdarza się, że trzeba wdrożyć żywienie pozajelitowe. Pacjenci pod wpływem leczenia tracą włosy, w niektórych przypadkach jest to zmiana trwała. Wśród pozostałych możliwych powikłań wymienia się: bezpłodność, uszkodzenie narządów wewnętrznych (serca, nerek, płuc, wątroby) oraz wysokie ryzyko wystąpienia infekcji do 2 lat po przeszczepieniu komórek (Rzepecki, 2013). Powikłania infekcyjne są rezultatem radykalnego zmniejszenia się liczby neutrofili⁴, małopłytkowości i niedokrwistości. Działanie profilaktyczne w tym czasie polega na podawaniu pacjentowi antybiotyków, leków przeciwwgrzybiczych i przeciwwirusowych. Parametry morfologii krwi oraz ilość neutrofili ulega poprawie po około dwóch tygodniach od transplantacji, chociaż zwykle proces ten trwa znacznie dłużej. W tym okresie chory otrzymuje również leki immunosupresyjne, które mają przeciwdziałać odrzuceniu przeszczepionych komórek krwiotwórczych oraz chorobie przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD). Statystycznie osoby wypisuje się ze szpitala po około 4 tygodniach od transplantacji. W tym czasie nadal występują głębokie zaburzenia odporności u pacjentów,

⁴ Neutrofil - komórka układu odpornościowego

które zwykle trwają do roku od przeszczepu alogenicznego. Do roku od transplantacji najczęściej dochodzi do wznowy choroby, wznowa może pojawić się też po wielu latach od transplantacji (Basak, 2016).

Przeszczepienie komórek krwiotwórczych to szansa na nowe życie. Chorego i jego bliskich, po przeszczepie czeka szczególny czas związany z wieloma zmianami. Pacjent opuszcza szpital z różnymi emocjami poprzez radość, niepokój i strach. Od tego momentu powodzenie transplantacji zależy w znacznej mierze od stylu życia pacjenta oraz jego świadomości ciała. Istotne jest, aby pierwsze tygodnie od wykonania transplantacji pacjent spędził w pobliżu ośrodka, w którym wykonano przeszczep. Wynika to z potrzeby wykonywania częstych badań kontrolnych, zmiany leków, czy możliwości szybkiego kontaktu z lekarzem prowadzącym (okres tzw. intensywnego nadzoru ambulatoryjnego, do 100 dni po transplantacji opieka ambulatoryjna wymagana jest co 7 dni). Układ odpornościowy chorych po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych zaczyna normalnie funkcjonować po około 6-9 miesiącach. U pacjentów zmagających się z przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi proces ten przebiega dłużej.

Po transplantacji ważne jest podjęcie działań profilaktycznych przez pacjenta i bliskie mu osoby. W celu eliminacji potencjalnych źródeł patogenów należy zadbać o zachowanie jak najwyższego poziomu higieny osobistej oraz otoczenia. Wszelkie zanieczyszczenia w środowisku chorego to źródło grzybów, bakterii, pleśni i jednocześnie zagrożenie dla odporności. Z tego powodu ważne jest odpowiednie przygotowanie mieszkania na powrót osoby chorej, a kolejno utrzymanie w nim wysokiej jakości czystości. Po przeszczepieniu autologicznych komórek krwiotwórczych, w celu wykluczenia ryzyka zakażeń, konieczne jest, aby chory przez 3 miesiące unikał kontaktu z innymi osobami w zamkniętych pomieszczeniach - poza domownikami. W przypadku przeszczepienia allogenicznych komórek pacjent do 3 miesięcy, poza domem lub w obecności innych osób niż domownicy, powinien nosić maskę. Po transplantacji wymagane jest restrykcyjne przestrzeganie zaleceń dotyczących przygotowywania, przetwarzania oraz spożywania posiłków. Dieta powinna być odpowiednio dobrana do potrzeb i możliwości chorego z uwzględnieniem faktu, że przewód pokarmowy osób po transplantacji jest podatny na jelitową postać choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi. Pacjent do pół roku po przeszczepieniu nie powinien wracać do pracy oraz zajmować się obowiązkami domowymi (Rzepecki, 2013).

1.4. Społeczny obraz choroby nowotworowej

Mimo znacznych osiągnięć w zakresie leczenia chorób nowotworowych, widoczne jest wśród społeczeństwa negatywne i lękowe nastawienie do tej choroby (Nęcki, Górniak, 1999; de Walden-Gałuszko, 1992). Jest to przede wszystkim wynik społecznego podejścia do nowotworu polegającego na równoważeniu go ze śmiercią (Cobb, 1959, 1972; Wrona-Polańska, 1985, 1996a; Nęcki, Górniak 1999). Lęk przed cierpieniem i następstwami choroby jest dodatkowo wzmacniany przez negatywny obraz choroby nowotworowej (Sheridan, Radmacher, 1998) funkcjonujący zarówno wśród chorych, ale też osób bliskich je wspierających. Choroba nowotworowa w rodzinie to doświadczenie egzystencjonalne dla wszystkich członków rodziny. To nadal społeczny symbol trwogi, podważenia życia. Nowotwór powoduje zmiany na poziomie myśli, uczuć, aktywności, nastroju pacjenta i jego bliskich. Zmiany, które zachodzą w wyniku nowotworu są zależne od fazy leczenia choroby (Pietrzyk, 2006). Konsekwencją społecznej kancerofobii jest poczucie naznaczenia, co skutkuje izolacją człowieka (Trzebiatowska, 2000). Brakuje informacji m.in. w mediach o możliwościach w zakresie profilaktyki i metod leczenia nowotworów ściśle zlokalizowanych i leczonych chirurgicznie, których diagnoza głównie we wczesnym stadium choroby, skutkuje remisją i powrotem do zdrowia. Ważne jest promowanie pozytywnej wiedzy o chorobie nowotworowej w celu zminimalizowania lęku i zmiany przekonań na temat nowotworu jako choroby śmiertelnej. Postrzeganie nowotworu w kategoriach choroby śmiertelnej, jak zagrożenia życia, wyzwala lęk, który uruchamia mechanizmy obronne typu represyjnego - represji lęku i zaprzeczania chorobie, które w konsekwencji skutkują tzw. złą milczeniem, co oznacza, że chory zna diagnozę, rodzina też, ale jest to temat tabu i o tym nie rozmawiają, co prowadzi do narastania lęku u chorego (Wrona-Polańska, 1996b, 1999a). Taka sytuacja negatywnie rzutuje na relacje rodzinne, jak również osobę chorą, prowadząc do pojawienia się wtórnego lęku i wzrostu napięcia (Antoszevska, 2006; Wrona-Polańska, 1996b, 2011).

1.5. Choroba nowotworowa w rodzinie

1.5.1. Sytuacja psychologiczna chorego na białaczkę

Pionierskie badania Wrony-Polańskiej (1983, 1984, 1985, 1989, 1991, 2007) ujawniły znaczącą rolę psychologicznych mechanizmów radzenia sobie z chorobą białaczkową oraz towarzyszącym jej lękiem. Białaczki bezpośrednio zagrażają zdrowiu i życiu (zagrożenie biologiczne), wynika to z ich specyfiki - obejmują układ białokrwinkowy, który decyduje o działaniu układu odpornościowego. Zmutowane leukocyty dominują układ krwionośny człowieka, w konsekwencji dochodzi do niedotleniania organizmu. Wskutek choroby zmianie ulega obraz własnego ciała, uprzednio postrzeganego jako fizyczny podmiot zdolny do podjęcia aktywności, w rezultacie zagrożone zostaje poczucie wartości i poczucie ja. To z kolei, zakłóca wewnętrzną równowagę osoby i staje się kolejnym źródłem stresu.

Diagnoza białaczki jest szczególnie trudna, ponieważ dotyczy układu krwiotwórczego, a zatem całego organizmu – tu nowotwór nie jest umiejscowiony w jednym narządzie, jest wszechobecny. Białaczka dotyka nie tylko sfery fizycznej, ale również psychicznej - stanowi zagrożenie dla poczucia wartości, sprawczości czy wewnętrznej mocy (Skrzyński, 2013). Choroba białaczkowa w związku z drastycznym przebiegiem i leczeniem nadwyręża zasoby biologiczne, jak również psychiczne i społeczne, jednocześnie stanowiąc zagrożenie dla poczucia wartości i pozytywnej samooceny chorego (Wrona-Polańska, 2011, 2016a).

Diagnoza choroby nowotworowej ma charakter silnie lękotwórczy, głównie z powodu negatywnego społecznego obrazu choroby, wzmacnianego przez niepewne rokowanie oraz zagrożenie dla podstawowych celów i wartości człowieka. Badania Wrony-Polańskiej ujawniły, że najwyższy wskaźnik napięcia był charakterystyczny dla osób najdłużej chorujących. Osoby te jednocześnie odznaczały się najniższym poziomem lęku subiektywnego i obserwowanego w zachowaniu. Wynik ten może wskazywać na nasilone stosowanie represyjnych sposobów zmagania się z lękiem lub stan apatii i depresji (Wrona-Polańska, 1983, 1985, 2011).

U chorych hematologicznie przeważa lęk i stany depresyjne. Badania przeprowadzone wśród osób chorych na nowotwór pokazują, że depresja wykrywana jest w 49% przypadkach chorych (Sharpe, Strong, 2004). Lęk związany jest z cierpieniem, samotnością, całkowitą zależnością lub ograniczeniem samodzielności, śmiercią. W zachowaniu obserwuje się też drażliwość, wybuchowość, czasem postawę roszczeniową związaną z regresją do

egocentryzmu, pretensjami i żalem. W relacjach z innymi zauważa się ambiwalentne dążenia od potrzeby bliskości do dystansu, czy niechęci. U pacjentów może pojawić się poczucie niezrozumienia i izolacji, w konsekwencji bierność, wycofanie i brak nadziei. Wyniki badań przeprowadzonych w ramach psychoneuroimmunologii ujawniają, że wysoki poziom lęku i agresji, apatia, poczucie krzywdy, obwinianie się, negatywnie wpływa na funkcjonowanie układu odpornościowego, a przez to na proces zdrowienia (Skrzyński, 2013). Za właściwe funkcjonowanie organizmu odpowiadają układy: immunologiczny, hormonalny i nerwowy, które wzajemnie na siebie oddziałują. Odgrywają też znaczącą rolę w rozwoju i przebiegu nowotworu. Badania przeprowadzone na zwierzętach oraz analiza przypadku chorych na nowotwór potwierdzają założenie, że stres może powodować rozwój raka (De la Roca-Chiapas i in., 2016; Reiche, Nunes, Morimoto, 2004; Shin i in. 2016).

W znoszeniu bólu i cierpienia pomaga nadzieja. Chorzy, którzy mają nadzieję, odznaczają się większym zaufaniem do lekarza i otoczenia, bardziej pogodnym nastrojem oraz większą ilością energii. Leczeniem, które daje dużą nadzieję na wyzdrowienie jest przeszczepienie szpiku kostnego, metoda ta osiąga pięć razy wyższy współczynnik wyleczeń niż inne sposoby (np. radioterapia czy chemioterapia). Tym co wzmacnia nadzieję i podnosi jakość życia chorego, jest wrażliwe i empatyczne rozumienie ze strony otoczenia (Skrzyński, 2013).

Zaburzenia lękowe mogą dotyczyć do 30% pacjentów onkologicznych (Porębiak 2012). Wzrost doświadczanego przez pacjentów lęku powoduje niejasna etiologia białaczek, niepewne prognozy dotyczące jej przebiegu i leczenia (w tym potencjalne skutki uboczne), brak jasnego stanowiska związanego z problemem informowania o nowotworze oraz charakter samej choroby białaczkowej, w której wpisane jest ryzyko nawrotu choroby i nasilenia objawów (Wrona-Polańska, 1983, 1985, 1999a). Wśród efektów ubocznych leczenia chemioterapią (leczenia skojarzonego) opisuje się grupę zaburzeń poznawczych tzw. chemobrain. Do objawów chemobrain należą: zaburzenia mowy, pamięci operacyjnej, koncentracji uwagi, psychomotoryki, czasu reakcji, umiejętności wzrokowo-przestrzennych. Chemobrain dotyka coraz więcej osób leczonych nie tylko chemioterapią, ale również innymi metodami leczenia systemowego (Dorfmueller, Dietzfelbinger, 2011; Pietrzyk 2010). Aktualne metody leczenia nowotworów krwi stanowią szansę na odzyskanie zdrowia, jednakże w tym procesie ogromne znaczenie ma faza choroby oraz aktywność pacjenta. Szczególnie trudny jest czas do roku po transplantacji, w którym chory przebywa pod ścisłą kontrolą lekarską. Dla większości chorych kontrole lekarskie wiążą się z obawą dotyczącą wyników badań, pacjenci często wtedy doświadczają ogromnego niepokoju. Istotna jest tu rola personelu

medycznego, ważne jest indywidualne podejście do pacjenta uwzględniające odpowiedni sposób komunikacji podczas informowania go na temat stanu jego zdrowia (Wrona-Polańska, Kaczmarska, 2012). Po około trzech latach większość pacjentów powraca do względnie normalnego życia. Ważne jest nadal przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia i zgłaszanie się do kontroli lekarskich (Rzepecki, 2013; Wrona-Polańska, 2011). W procesie zmagania się z chorobą istotna jest akceptacja siebie, poczucie koherencji (głównie poczucie sensowności), jak również styl radzenia sobie ze stresem o charakterze unikowym (zaprzeczanie i angażowanie się w czynności zastępcze). Bardzo ważne jest również wsparcie bliskich oraz wsparcie profesjonalne (zespołu medycznego) (Wrona-Polańska, 2011), szczególne znaczenie w przebiegu leczenia mają właściwe relacje pomiędzy osobą chorą a osobami wspierającymi, znaczący, z punktu widzenia leczenia, jest aspekt pedagogiczno-duchowy owych relacji (Mastalski, 2018a). W literaturze podkreśla się, że dla powrotu do zdrowia istotne jest poczucie mocy chorego i przekonanie, że można sobie poradzić ze stresem choroby oraz cierpieniem związanym z inwazyjnym leczeniem - tzw. duch walki tj. poczucie kontroli behawioralnej (Wrona-Polańska, 2011). Badania wśród chorych na nowotwór wykazały, że na jakość życia pacjentów zasadniczy wpływ ma postawa walki o własne zdrowie oraz konstruktywne sposoby radzenia sobie z chorobą (Kulpa, Owczarek, Stypuła-Ciuba, 2013).

W każdą chorobę, a szczególnie przewlekłą wpisane są znaczne i często niekorzystne zmiany, obejmujące wiele obszarów życia jednostki. Oprócz strat, w chorobie mogą pojawić się również zyski (rodzaj korzyści czy ulg), nazywane wtórnymi zyskami z choroby. Suma wszystkich konsekwencji choroby stanowi bilans choroby (ujemny lub dodatni, najczęściej jednak ujemny). Choroba zwykle prowadzi do ograniczenia dotychczasowej aktywności życiowej osoby. W zamian pojawia się potrzeba aktywnego podjęcia leczenia - akceptacji roli chorego i poddania się służbie zdrowia, w chorobach przewlekłych jest to zwykle zmiana na stałe (Heszen, 2013). W przypadku osób po przeszczepie jest to dopiero początek drogi do odzyskania zdrowia. Transplantacja nie oznacza wyleczenia (Jabłoński, Lebiedowicz, Dudek, Zięba, Skotnicki, 2003).

Każda choroba, a szczególnie ta o niepewnym rokowaniu, stanowi ogromne źródło stresu (Heszen, 2013; Wrona-Polańska, 2011, 2016a). Z perspektywy psychologicznej białaczka to "złożona sytuacja stresowa o charakterze zagrożenia biologicznego, psychologicznego, społecznego i duchowego" (Wrona-Polańska, 2018, s. 14).

Sytuację chorego można rozumieć z perspektywy definicji stresu Lazarusa i Folkman (1984). W związku z tym choroba jako sytuacja stresująca może być rozpatrywana jako krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie. Krzywda obejmuje poczucie poniesionej straty

fizycznej, czy psychicznej, w przypadku choroby krzywda może przybierać postać żalu, rozczerwienia, poczucia winy z powodu zachorowania. Choroba, szczególnie nowotworowa, stanowi zagrożenie dla wartości podmiotu (życia, samooceny, poczucia skuteczności, relacji z otoczeniem). Ocena choroby jako wyzwania pozwala dostrzec możliwości związane z leczeniem i wagę swojego zaangażowania w ten proces. Każda kategoria oceny pierwotnej wiąże się z określonymi emocjami, krzywda/strata i zagrożenie obejmują emocje negatywne, natomiast wyzwanie zarówno emocje negatywne, jak i pozytywne. Ocena pierwotna choroby jest zwykle niejednoznaczna i niestabilna. Należy zaznaczyć, że koncentracja na poszukiwaniu przyczyn choroby w swoim zachowaniu oraz na skutkach choroby ponoszonych przez rodzinę często wyzwała u pacjenta: złość, gniew, poczucie winy czy wstyd (Heszen, 2013). Ocena choroby jako wyzwania, wsparcie bliskich, czy zaufanie do lekarza wspiera poczucie wewnętrznej mocy i rodzi nadzieję na powrót do zdrowia (Sęk, Cieślak, 2011). W sytuacji choroby bardzo ważną regulacyjną funkcję pełni subiektywna percepcja choroby tzw. obraz własnej choroby, przede wszystkim wpływa na rodzaj podejmowanych zachowań przez pacjenta i decyduje, czy będą to zachowania o charakterze prozdrowotnym. Dla odzyskania zdrowia przez chorych ważna jest umiejętność wzbudzania i podtrzymywania pozytywnych emocji oraz radzenie sobie ze stresem, zwłaszcza radzenie instrumentalne ukierunkowane na poprawę zdrowia (Heszen, 2013). Pozytywne emocje oraz aktywne radzenie sobie z chorobą prowadzi do wzrostu odporności organizmu. W procesie powrotu do zdrowia niezwykle istotny jest wspierający kontakt z rodziną i przyjaciółmi, zespołem lekarskim, również psychologiem oraz techniki relaksacyjne służące obniżeniu napięcia (Wrona-Polańska, 1983, 1989, 2007, 2011).

1.5.2. Rodzina z chorobą nowotworową

Białaczka oraz związane z nią leczenie uniemożliwia choremu pełnienie dotychczasowych ról rodzinnych czy zawodowych, stanowi zagrożenie dla jego samooceny oraz wartości jak również dotychczasowych relacji z otoczeniem (Wrona-Polańska, 2011).

Choroba nowotworowa w rodzinie powoduje radykalne zmiany dotyczącego nie tylko osoby chorej, ale całego systemu. Skutkuje reorganizacją w zakresie dotychczasowego, codziennego funkcjonowania systemu rodzinnego, prowadząc w wielu przypadkach do zaburzenia przyjętego rytmu życia przez co istotnie wpływa na zachowanie chorego i pozostałych członków rodziny. Zmiany niejednokrotnie, a szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, mają charakter trwały, co może być trudne do zaakceptowania. Fakt ten często

generuje dodatkowy stres (Budziszewska, Piucińska-Macoch, Sułek, Stępień, 2005; Bętkowska - Korpała, Gierowski, 2007; Jakubowska-Winecka, Włodarczyk, 2007). Choroba przede wszystkim rzutuje na role podejmowane przez członków rodziny i wiąże się z kolejnymi obowiązkami do podziału między zdrowymi osobami z rodziny. Chorujący często wymaga wszechstronnej pomocy, obejmującej podstawowe czynności pielęgnacyjne, przemieszczanie się, przyrządzenie posiłków itd. Taka sytuacja może być źródłem konfliktów, może sprzyjać poczuciu przeciążenia wśród osób wspierających i wyzwać ambiwalentne nastawienie wobec chorego (Kawczyńska-Butrym, 2008).

Choroba w rodzinie jest sytuacją nieprzewidywalną, skutkującą szeregiem zmian na poziomie systemu rodzinnego. W przypadku choroby jeden z członków może potrzebować przewlekłej opieki, rodzinę może także spotkać śmierć bliskiej osoby. Doświadczenie choroby w rodzinie może wpływać bezpośrednio na stan psychiczny osób bliskich lub pośrednio zaburzając istotne wartości wynikające z relacji jak intymność, pomoc, czy dzielenie się swoimi przeżyciami (Plopa, 2005). Udział chorego w życiu rodziny w wyniku choroby zostaje często radykalnie ograniczony. Leczenie i opieka często wymaga nakładu dodatkowych środków materialnych, które mogą powodować obciążenie finansowe rodziny. Choroba może być czynnikiem spajającym rodzinę, ale też zdarza się, że wiąże się z jej rozpadem (Heszen, 2013). Choroba zarówno psychiczna jak i somatyczna w znaczącym stopniu zakłóca funkcjonowanie systemu rodzinnego. Przede wszystkim trudna sytuacja dotyczy grupy osób opiekujących się przewlekłe chorymi. Jak wskazuje literatura osoby opiekujące się chorymi na Alzheimera są narażone na ujawnienie się zaburzeń o charakterze depresyjnym czy lękowym (Schumacher, Beck, Marren, 2006).

W trudnej sytuacji, do jakiej zalicza się pojawienie się choroby, człowiek stosuje różne sposoby radzenia sobie. Wśród nich strategie poznawcze, skoncentrowane na emocjach oraz zachowaniu. Do strategii poznawczych należą mechanizmy obronne, bagatelizowanie sytuacji problemowej, selektywne postrzeganie składowych sytuacji. W przypadku strategii skoncentrowanych na emocjach wymienia się pojawienie się lęku, stanów depresyjnych, paniki, bezradności, natomiast strategie behawioralne to kontinuum aktywności od czynnego, dynamicznego działania do całkowitej bezczynności (Świętochowski, 2015). W chorobie wyróżnia się trzy wymiary: biologiczny, społeczny i psychologiczny. Niekiedy na pierwszym miejscu widoczny jest głównie psychologiczny i społeczny. Długotrwała choroba staje się częścią struktury rodzinnej i może modyfikować procesy w niej zachodzące. Siła oddziaływania choroby na system rodzinny zależy od znaczenia jakie nadaje jej rodzina. Percepcja choroby (postrzeganie choroby w kategoriach straty, zagrożenia lub wyzwania)

przez rodzinę decyduje o rodzaju reakcji na chorobę. Podejście do choroby jako zagrożenia wyzwała lęk i depresję, wyzwanie natomiast motywuje do działania mającego na celu radzenie sobie z sytuacją choroby (Heszen, 2013; Siemiński, Nitka-Siemińska, Nyka, 2007).

Choroba osoby bliskiej wiąże się z doświadczeniem znacznego przeciążenia na poziomie somatycznym i psychicznym. W konsekwencji u osoby wspierającej może wystąpić zespół wypalenia się sił. Charakteryzują go objawy fizyczne i psychiczne, które pojawiają się w wyniku przewlekłego stresu (Siemiński i in., 2007). Zazwyczaj odpowiedzią na różnego rodzaju trudne doświadczenia wpływające na psychikę człowieka są zaburzenia na poziomie somatycznym. Stres jak wskazują doniesienia z literatury może prowadzić do obniżenia odporności, w konsekwencji w wyniku interakcji pomiędzy czynnikami psychicznymi i biologicznymi może dojść do wystąpienia choroby (Wrześniewski, 2005). Maslach (1978, 2004) podkreśla, że termin wypalenia, który zwykle jest używany w kontekście pracy zawodowej, można użyć do opisanego zjawisk niepowiązanych z pracą. Jej zdaniem podstawą wypalenia jest poczucie presji dotyczące zaangażowania w określone relacje z innymi osobami (np. opiekę/ wsparcie osoby potrzebującej). Wypalenie definiowane jest jako zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. Objawem obciążenia emocjonalnego jest poczucie wyczerpania, przemęczenie, bóle głowy, drażliwość, bezsenność. Depersonalizacja rozumiana jest jako próba dystansowania się od sytuacji trudnej. Charakteryzuje ją bierność, brak zainteresowania, brak zrozumienia, skłonność do zachowań agresywnych, czy gwałtownych w stosunku do osób będących adresatami pomocy. Ostatnim składnikiem wypalenia jest obniżone poczucie własnych kompetencji. Przejawia się niskim poczuciem osiągnięć, najczęściej powiązane jest z brakiem efektów w pracy.

Bardzo istotna jest szczera komunikacja pomiędzy członkami rodziny a chorym. W związku ze zmianą w wyniku choroby w zakresie pełnionych ról istotne jest, aby zainteresowani (łącznie z osobą chorą) otwarcie mogli o tym porozmawiać. Bezpośrednia komunikacja chroni pacjenta przed poczuciem odrzucenia w obszarze dotychczas pełnionych zadań w rodzinie, a osobie wspierającej daje przestrzeń do podejmowania różnych tematów z chorym. Najczęściej w sytuacji choroby nowotworowej w zakresie komunikacji pojawia się wiele barier. Sytuacje konfliktowe i problemy emocjonalne odchodzą na dalszy plan i są chwilowo pomijane. Pojawiają się wówczas racjonalizacje, tłumienie emocji, zaprzeczanie występowaniu konfliktów, unikanie negatywnych emocji. Rodzinę obowiązuje niewyartykułowana zmowa milczenia dotycząca pomijania trudnych, obciążających tematów. Często nie rozmawia się o chorobie, swoich uczuciach, problemach finansowych śmierci

(Pietrzyk, 2006). Komunikacja ma fundamentalne znaczenie dla adaptacji rodziny do choroby nowotworowej. Komunikacja w sytuacji choroby jest zdeterminowana przez styl jaki wcześniej rodzina preferowała. Przesądza o tym w jaki sposób bliscy podzielą się swoimi uczuciami w związku z chorobą. Konstruktywne dla komunikacji rodzinnej może być motywowanie do otwartej szczerzej rozmowy o swoich przeżyciach i potrzebach emocjonalnych (Budziszewska i in., 2005).

1.5.3. Fazy choroby nowotworowej

Faza diagnozowania to tzw. faza ostra, moment zauważenia zmiany, czas badań potrzebnych do postawienia diagnozy. Członkowie rodziny w tym okresie przeżywają ogromny niepokój, odczuwają znaczne napięcie emocjonalne. Jedne rodziny mobilizują się do działania, wspierają się wzajemnie, okazują zainteresowanie sytuacją choroby, w innych natomiast dochodzi do zmowy milczenia, której celem jest ochrona chorego przed trudnościami związanymi z chorobą (de Walden-Gałuszko, 2011).

Niektórzy badacze twierdzą, że etap uzyskania informacji to stan ostrego kryzysu dla rodziny, moment, kiedy rodzina konfrontuje się z chorobą (Cohen, Wellisch, 1978). Na każdym etapie życia człowieka, diagnoza nowotworu instynktownie generuje lęk przed śmiercią. Pierwsza myśl u większości osób pojawiająca się w związku ze słowem "nowotwór" lub "rak" dotyczy śmierci, wynika to ze stereotypu myślenia rak = śmierć (Mayerscough, 2001; Sheridan, Radmacher, 1998; Liszka-Kisielewska, 2001; Pietrzyk, 2006; Wrona-Polańska, 2011).

W sytuacji choroby nowotworowej wszystko zarówno dla pacjenta i bliskich jest nowe, a przez to jest stresogenne, wymaga adaptacji. Stres generowany jest przez wyniki badań, strukturę instytucji medycznych, niepewność dotyczącą przebiegu i rozwoju choroby, lęk przed bólem, zmianami w obrębie ciała i śmiercią. Oprócz trudnych, negatywnych emocji w tym czasie pojawia się również nadzieja na pozytywny przebieg leczenia. Ona stanowi motywację i siłę do przystosowania się do nowej sytuacji i pomaga radzić sobie ze stresem (Winch, 2014; Wrona-Polańska, 2011, 2016a). Jak pokazały badania wśród osób chorych na białaczkę bardzo ważny jest sposób w jaki pacjent jest informowany o diagnozie choroby i każdym kolejnym jej etapie. Istotne jest przykazywanie informacji o chorobie i sposobach jej leczenia w rzetelny sposób, który daje nadzieję na wyzdrowienie oraz pozwala na mobilizację wewnątrzpsychicznej siły do zmagania się z chorobą (Wrona-Polańska, 1984, 1985, 1996b, 1999a).

Kolejna faza zmagania się z chorobą to leczenie. Leczenie może być w formie chemioterapii, radioterapii, leczenia biologicznego czy operacyjnego, wiąże się z długim pobytem w szpitalu (szczególnie w przypadku nowotworów krwi) lub częstymi dojazdami do szpitala z domu. W literaturze ten okres choroby jest także określany jako przewlekły i niesie ze sobą wiele stresujących wydarzeń (de Walden- Gałuszko, 2011; Rzepecki, 2013).

Leczenie choroby nowotworowej skutkuje zmianami w zakresie struktury rodziny. W wyniku wystąpienia choroby następuje reorganizacja dotychczasowych celów, pojawiają się nowe zadania, do których wszyscy członkowie rodziny muszą się dostosować. Nowotwór pociąga za sobą zmianę w obrębie wartości, które do tej pory motywowały rodzinę do aktywności. Choroba często modyfikuje bieżące granice funkcjonujące w strukturze rodziny, jak również pomiędzy rodziną, a jej otoczeniem. Wyłaniają się nowe podsystemy rodzinne. Następuje szereg zmian, którym rodzina musi często sprostać. Aby móc czuć się bezpiecznie, konieczne są zmiany na poziomie komunikacji rodziny (Ostoja-Zawadzka, 1994).

Etap leczenia, to także czas kiedy może nastąpić remisja choroby. Jest to okres stanowiący bardzo często zagrożenie dla życia rodzinnego. Zdarza się, że rodzina zakłada, iż po zakończeniu chemioterapii ich bliski wyzdrowiał. Takie przekonanie jest często przyczyną nieporozumień. Pojawiają się oczekiwania, że chory powróci do aktywności sprzed choroby - wymagania rodziny mogą okazać się nieadekwatne w stosunku do aktualnych możliwości osoby chorej. Często bliscy uważają, że w taki sposób wspierają osobę chorą w postrzeganiu siebie jako zdrowej. Niektóre rodziny z kolei okazują nadmierną troskę wobec chorego, która negatywnie rzutuje na członków rodziny i relacje pomiędzy nimi. Nadopiekuńczość może skutkować u osoby wspierającej nadmierną identyfikacją z chorym. W rezultacie spowodować rozmycie jej granic i pozostałych osób w rodzinie (de Walden-Gałuszko, 2011, Wirsching, 1994). Zarówno chory i osoba wspierająca mogą odczuwać brak zrozumienia, czy nadmierną kontrolę, która prowadzi do frustracji i rozczarowania.

Stres związany z nowotworem może powodować zaburzenie życia rodzinnego, a u chorego tzw. stan "zawieszenia". Pacjent onkologiczny rezygnuje wówczas z podejmowania długoterminowych decyzji i realizacji celów, trudno mu angażować się w życie rodzinne. Często u chorych objawia się tzw. syndrom Damoklesa, którego osiowym objawem jest lęk dotyczący nawrotu choroby, na poziomie poznawczym dominuje przekonanie, że choroba na pewno powróci. Lękowa postawa chorego i rodziny prowadzi do wytworzenia destrukcyjnego błędnego koła, blokującego przywrócenie harmonii (de Walden-Gałuszko, 2011; Porębiak, 2012). Osoba wspierająca może tłumić, kumulować emocje co wpływa ograniczająco na komunikację z chorym członkiem rodziny. Wzmacnia natomiast

impulsywne i konfliktowe nastawienie do rodziny i personelu medycznego (Lambley, 1994). Choroba może również wpłynąć pozytywnie na relację. Osoba zdrowa w okresie leczenia może wykazywać więcej cierpliwości i zrozumienia na potrzeby i przeżycia chorego. W wyniku wspólnych doświadczeń może dojść do pogłębienia relacji i zwiększenia bliskości emocjonalnej nawet w trudnych do zniesienia momentach (Moorey, Greer, 2003). Z badań Wróny-Polańskiej (1984) wynika, że choroba bliskiego członka rodziny potęguje już istniejące relacje w rodzinie. Oznacza, to, że jeśli chory miał pozytywne relacje z rodziną choroba potęguje i wzmacnia więzi chorego z bliskimi. Natomiast jeśli w rodzinie występowały sytuacje konfliktowe i słabe więzi chorego z rodziną, choroba jest dodatkowym czynnikiem zaburzającym i potęgującym istniejące już konflikty.

W fazie remisji choroby pacjent i osoby bliskie powracają do pełnionych uprzednio ról społecznych. Choremu mogą towarzyszyć obsesyjne myśli o nowotworze i lęk związany z nawrotem choroby, szczególnie widoczny w okresach badań kontrolnych. Jednakże w wielu przypadkach przebyta choroba jest źródłem nowego spojrzenia na życie, przewartościowania celów i odczuwania na co dzień większej satysfakcji i zadowolenia. W podejmowanych działaniach pacjent może wykazywać się większym dynamizmem i energią. Osoby bliskie w fazie remisji choroby mogą przejawiać bardzo różne postawy i zachowania, od bardzo wspierających do mocno krytykujących wobec chorego, co w rezultacie może powodować konflikty. Rodzina może wywierać presję na chorym, żeby powrócił do wykonywania aktywności sprzed choroby, pomijając jego aktualne ograniczenia związane z przebytą chorobą. Bliscy mogą przejawiać trudności w zaakceptowaniu zmian w fizycznym wyglądzie pacjenta. Co w konsekwencji może prowadzić do izolowania się od chorego poprzez nadmierne zaangażowanie w pracę lub inne zajęcia. W związkach często pojawiają się problemy natury seksualnej (Moorey, Greer, 2003; de Walden-Gałuszko, 2011, 2000). Trudnością i ogromnym stresem dla osoby chorej może okazać się powrót na rynek pracy, pacjent może doświadczać lęku przed podjęciem zatrudnienia lub problemów z jego znalezieniem. W tym trudnym czasie nieoceniona będzie pomoc i wsparcie ze strony rodziny, budujące poczucie bezpieczeństwa u pacjenta (de Walden-Gałuszko, 2011).

Czwarta faza choroby tj. nawrotu choroby jest bardzo stresującym okresem dla wszystkich członków rodziny i samego chorego. Dla osób wspierających trudna jest perspektywa potencjalnego rozstania z osobą chorą, jej ból i cierpienie, konieczność przeorganizowania codzienności, poczucie bezsilności, jak również obawa przed śmiercią osoby chorej. Kiedy choroba trwa długo, a chory wymaga wsparcia, zasoby bliskich

wyczerpują się. Bardzo obciążająca jest nagła śmierć, pojawiająca się po względnie długim okresie remisji choroby lub zaraz po jej diagnozie (de Walden-Gałuszko, 2000, 2011).

Reakcje bliskich są zróżnicowane, głównie w wypadku chorób długotrwałych. Na początku osoby wspierające odznaczają się akceptacją i dużą mobilizacją do działania, po jakimś czasie pojawia się u nich zniecierpliwienie. Naprzemiennie doświadczają stanów mobilizacji i wyczerpania. Bardzo często tej labilności towarzyszy poczucie winy, że nie jest się dostatecznie dobrym jako wspierający. Niektórzy bliscy uciekają we własne sprawy m.in. zdrowotne, próbują w ten sposób zainteresować sobą innych lub zrzucić odpowiedzialność na innych (de Walden-Gałuszko, 2011).

Podsumowując, jak podaje Krajowy Rejestr Nowotworów ilość zachorowań na białaczki w Polsce wzrasta, obserwuje się natomiast spadek umieralności z jej powodu, aktualnie białaczki stanowią około 2% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Ze względu na uogólniony charakter białaczki uznawane są za jedne z najgroźniejszych chorób (Wrona-Polańska, 2011, 2016). Mimo postępu w medycynie w zakresie możliwości leczenia chorób nowotworowych nadal w społeczeństwie obserwuje się negatywne, lękowe postawy w stosunku do tych chorób. Choroba, a przede wszystkim ta o niepewnym rokowaniu, jak choroba nowotworowa układu krwiotwórczego, wpływa na funkcjonowanie chorego, jak również jego rodziny. Dopiero od około 50 lat leczenie białaczki stało się możliwe w wyniku wprowadzenia metody transplantacji komórek krwiotwórczych. Białaczki były uznawane za choroby nieuleczalne (Wrona-Polańska, 2011.106). Procedura leczenia białaczek opiera na inwazyjnym i wymagającym leczeniu przed i po przeszczepieniu, przez co jest bardzo złożona i trudna. W radzeniu sobie z chorobą białaczkową znaczącą rolę odgrywają psychologiczne mechanizmy. Sama diagnoza, jak również leczenie oraz czas po transplantacji wiąże się z doświadczeniem stresu przez chorych, jak również ich bliskich.

2. Stres a zdrowie

2.1. Pojęcie stresu

Pojęcie stresu nie jest do tej pory jednoznaczne, jego konceptualizacja rodzi kontrowersje. Jako pierwszy do nauk o zdrowiu wprowadził pojęcie stresu Selye, natomiast do psychologii Janis. Wyszczególnienie rodzajów stresu, takich jak stres psychologiczny czy fizjologiczny, jest użyteczne z naukowych powodów. W potocznym rozumieniu pojęcia stresu używa się na określenie całości zjawiska bez rozróżniania na psychiczny, czy fizyczny. Dlatego też bardziej zrozumiałe wydaje się definiowanie stresu jako jednolitego procesu. Raczej można wyszczególnić różne aspekty stresu lub podejście do stresu tj. psychologię stresu (Łosiak, 2012; Strelau, Doliński, 2008).

Wyodrębniono różne ujęcia stresu, jako bodziec, jako reakcję i jako relację.

Bodźcowe ujęcie stresu jako pierwszy przedstawił Janis w 1958 roku. Praca bazowała na badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów chirurgicznych. Stres psychologiczny rozumiany był jako zmiana w otoczeniu, która u powszechnie powoduje wysoki poziom napięcia emocjonalnego i zakłóca normalny sposób reagowania (Janis, 1958 za: Heszen-Niejodek, 2005). Zarzuca się brak jednoznaczności w powyższym ujęciu stresu. To samo wydarzenie dla jednej osoby może być stresogenne, a dla innej nie. Aktualnie stres nie jest utożsamiany z konkretnymi sytuacjami zewnętrznymi. Przykładem bodźcowej definicji stresu jest koncepcja zmian życiowych Holmesa i Rahe'a, ich zdaniem nie tylko zdarzenia traumatyczne stanowią obciążenie dla jednostki, ale również pozostałe, które wymagają adaptacji do nowo zaistniałej sytuacji. Mogą to być zdarzenia, które potocznie uważane są za pozytywne np. wakacje, czy narodziny dziecka. Wydarzenia te prowadzą do zmian w życiu jednostki w obszarze psychologicznym, społecznym, ekonomicznym i wiążą się z koniecznością zainwestowania zasobów psychologicznych i fizycznych celem adaptacji do zmieniających się warunków życia. Zmiany te określić zatem można jako stresory życiowe, które naruszają równowagę jednostki. Holmes i Rahe stworzyli kwestionariusz wydarzeń życiowych. Na podstawie wydarzeń życiowych jednostki w ostatnim roku i uzyskanych punktów w kwestionariuszu można przewidzieć zdaniem autorów prawdopodobieństwo wystąpienia choroby (Holmes, Rahe, 1967).

Początki badań nad stresem wiąże się z osobą Waltera Cannona i Hansa Selyego. Cannonowi jako jednemu z pierwszych przypisuje się użycie terminu stres. Zwracał on uwagę

zarówno na czynniki psychiczne, jak i fizjologiczne w kontekście stresu. Stresem określił reakcję "walki lub ucieczki" mającej na celu przywrócenie równowagi organizmu. Stres jest w tej koncepcji rozumiany jako reakcja organizmu. W takim wypadku reakcja ma właściwości adaptacyjne. Reakcja jest przystosowawcza, gdyż poprzez szereg zmian zachodzących na poziomie fizjologicznym organizmu umożliwia w sytuacji niebezpieczeństwa zwiększenie wobec niej odporności lub ucieczkę. Cannon zwracał uwagę, że takie emocje jak: ból, gniew czy strach, rozumiane w kategoriach stresora, prowadzą do znaczących zmian na poziomie fizjologicznym. Podkreślał, w tym wypadku rolę katechoalmin tj. adrenaliny i noradrenaliny. Wskazywał, że adrenalina pobudza organizm, co sprzyja sprawnemu reagowaniu na zagrożenie. Emocje takie jak strach czy gniew, powodują pobudzenie organizmu, które mobilizuje go do działania w celu usunięcia zagrożenia. Badania Cannona pokazały znaczącą rolę układu hormonalnego w przebiegu reakcji stresowej (Parkinson, 1999).

Seyle rozumiał stres podobnie jak Cannon, tj. jako fizjologiczną reakcję organizmu. Zgodnie z koncepcją Selyego stres to niespecyficzna odpowiedź (reakcja) organizmu na bodźce (stresory). Reakcja ta została określona jako "ogólny zespół przystosowania", w którym wyróżnione zostały następujące stadia: alarmowe, odporności, wyczerpania. Uogólniona reakcja stresowa obejmuje cały ustrój, który reaguje na sygnały płynące z układu nerwowego i hormonalnego. Seyle rozróżnił eustres i dystres. Przez co wskazał, że wymiar stresu może być negatywny, jak również pozytywny. Eustres to tzw. pozytywny, mobilizujący stres, który sprzyja zdrowiu jednostki, w kontekście funkcjonowania podmiotu ma charakter rozwojowy. Dystres utożsamiany jest z destrukcyjnym, gwałtownym i negatywnym oddziaływaniem na człowieka (Seyle, 1977). Współcześnie podkreśla się związek eustresu z pozytywnymi stanami psychicznymi (Simmons, Nelson, 2007). Aktualnie z perspektywy psychologicznej uznaje się za niewystarczające opisywanie stresu w kategoriach reakcji. Podobne reakcje mogą być wynikiem innych bodźców środowiskowych (Heszen, 2013).

Lazarus i Folkman autorzy klasycznej poznawczo-transakcyjnej koncepcji stresu, ujmują stres jako: "określoną relację między osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez jednostkę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi" (Lazarus, Folkman, 1984, s. 19). Relacja ta została określona jako transakcja, która jest oparta o specyficzną wymianę zachodzącą pomiędzy jednostką, a jego środowiskiem, zakończenie transakcji stresowej skutkuje wystąpieniem zmiany w człowieku i jego otoczeniu. Z perspektywy procesu konfrontacja stresowa przebiega dynamicznie i ulega

ciągłym zmianom, natomiast jej rezultat zależny jest od cech człowieka i otoczenia. Można zatem wyszczególnić etapy transakcji stresowej, na które składają się: wyznaczniki przyczynowe, cechy wydarzenia, procesy pośredniczące oraz skutki jak również zasoby i deficyty wpływające na rozwój sytuacji stresowej (Ziarko, 2014).

Istotne w tym wypadku jest znaczenie jakie jednostka przypisuje aktualnej sytuacji, w której się znajduje. Zatem podstawowa w procesie uznania danego doświadczenia za stresowe jest przede wszystkim subiektywna ocena poznawcza dokonana przez osobę zaangażowaną w daną relację. Koncepcja ta akcentuje indywidualny i podmiotowy charakter stresu. Ocena podmiotu rozstrzyga o tym, czy dana transakcja jest sklasyfikowana jako stresowa. Ocena poznawcza wg. Lazarusa to "proces kategoryzacji zdarzenia i jego różnych aspektów za względu na znaczenie dla dobrostanu" (Lazarus, Folkman, 1984, s. 31). Na procesy oceny poznawczej składa się ocena pierwotna i ocena wtórna. Ocena pierwotna obejmuje ocenę wymagań stawianych przez otoczenie, a ocena wtórna oszacowanie własnych możliwości działania w tej sytuacji (Lazarus, 1993).

W ramach oceny pierwotnej transakcja stresowa jest oceniana z perspektywy znaczenia dla podmiotu i może być określona jako: niemająca znaczenia, sprzyjająco-pozytywna, stresująca. Uznanie sytuacji za stresującą, oznacza ujęcie jej jako: krzywdy/straty, zagrożenia lub wyzwania (Heszen, 2013; Wrona-Polańska, 2003, 2011). Ocena zdarzenia, w którejś z wymienionych wyżej kategorii uruchamia procesy radzenia sobie. Jeśli radzenie jest skuteczne wówczas napięcie nie zmienia się w stres, skutkiem czego jest zachowanie zdrowia na poziomie somatycznym i psychicznym oraz rozwój zasobów (Cierpiąłkowska, Sęk, 2016). Zdaniem Lazarusa chociaż ocena straty i zagrożenia to odrębne pojęcia, to zdarzenie może być skategoryzowane jednocześnie w obydwu rodzajach, z czasem może się zmieniać dominacja jednej oceny w stosunku do drugiej (Łosiak, 2012). Strata czy krzywda odnosi się do już zaistniałej szkody związanej z utratą ważnych obiektów (bliskiej osoby, zdrowia). Zagrożenie dotyczy podobnych potencjalnych strat, które są antycypowane. Z kolei wyzwanie oznacza potencjalną możliwość (mogą wystąpić straty/krzywdy, jak i zyski). Z postrzeganiem danej sytuacji jako szkody/straty wiążą się określone emocje takie jak: złość, żal, smutek, natomiast z zagrożeniem: strach, niepokój, martwienie się. Wyzwanie wyzwala zarówno negatywne, jak i pozytywne emocje m.in. podniecenie, zainteresowanie, nadzieję (Heszen, 2013; Plopa, Makarowski, 2010).

Ocena poznawcza pierwotna i wtórna uważane są za procesy dynamiczne, które są ściśle ze sobą powiązane (Wrona-Polańska, 2003).

Ocena wtórna uruchamiana jest w przypadku oceny relacji jako stresowej i dotyczy możliwości poradzenia sobie z problemem, a zatem podjęcia działań likwidujących podłoże stresu lub minimalizujących jego efekty (zapoczątkowuje radzenie sobie). W przypadku oceny transakcji stresowej jako wyzwania ocena wtórna dotyczy możliwości osiągnięcia celu. Sposób oceny przez podmiot sytuacji stresowej zależny jest od dyspozycyjnych oraz sytuacyjnych możliwości radzenia sobie ze stresem (Wrześniewski, 2004).

Folkman rozwinęła transakcyjną definicję stresu o rolę pozytywnych emocji w radzeniu sobie ze stresem. Jej koncepcja była rezultatem badań przeprowadzonych wśród osób wspierających chorych na AIDS. Wyniki badań wskazały, że poza negatywnymi stanami psychicznymi występował również u badanych pozytywny afekt. Proces radzenia sobie ze stresem obejmuje zatem negatywne i pozytywne emocje. Radzenie sobie może mieć postać: nasycania zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem, wzmacniania pozytywnego afektu, czy znajdowania korzyści w wydarzeniach stresowych (Folkman, 2008). Folkman i Moskowitz pozytywne emocje wiążą z poszukiwaniem i nadawaniem pozytywnego znaczenia sytuacji (Folkman, Moskowitz, 2007). Pozytywne emocje są znaczące dla zdrowia. Jak pokazują badania mózgu człowieka zdolność wzbudzania ich w sobie i przeżywania stanowi rodzaj wewnętrznej autoterapii (Joško, 2011). W sytuacji kryzysu pozytywny afekt chroni przed stanami depresyjnymi. Doświadczenie wdzięczności, miłości i zainteresowania powoduje, że nawet w kryzysie może nastąpić wzrost zasobów (Fredrickson i Tugade, Waugh, Larkin, 2001). Wzrost zasobów powoduje rozwój osobisty i pozwala zachować zdrowie (Wrona-Polańska, 2003, 2011, 2016).

Hobfoll z kolei stres utożsamia z określonymi warunkami: "1) zagrożenie utratą zasobów lub 2) faktyczna utrata zasobów potrzebnych do przetrwania jednostki-osadzonej-w rodzinie-osadzonej-w organizacji społecznej. Ponadto, ponieważ ludzie inwestują cenione przez siebie dobra w nadziei na większy zysk, stres można również przewidywać 3) kiedy zainwestowanie zasobów nie przynosi oczekiwanego zysku jednostce lub jej grupie społecznej, co jest równoznaczne ze stratą" (Hobfoll, 2006, s. 62).

Zasobami Hobfoll (2006) nazywa cenione przez ludzi przedmioty, okoliczności, cechy osobowościowe i potencjał energetyczny, które umożliwiają egzystencję lub są potrzebne do zdobycia zasobów potrzebnych do egzystencji. Zdaniem autora koncepcji człowiek dąży do uzyskania zasobów, ich utrzymania i ochrony. Hobfoll wyróżnia trzy podstawowe podziały zasobów. Dzieli zasoby na wewnętrzne i zewnętrzne. Zasoby wewnętrzne są w posiadaniu Ja, należą do nich: optymizm, poczucie własnej wartości, kompetencje zawodowe. Zasoby

zewewnętrzne to te poza jednostką, takie jak: wsparcie społeczne, status społeczno-ekonomiczny, zatrudnienie. Drugi podział zasobów to ich klasyfikacja strukturalna. Zgodnie, z którą zasoby dzielą się na materialne, zasoby osobiste, zasoby stanu oraz energii. Zasoby materialne obejmują obiekty fizyczne takie jak dom, kosztowności czy samochód. Zasoby osobiste to umiejętności i cechy osobowości. Przykładem zasobów stanu jest zdrowie, staż pracy, stałe stanowisko zawodowe, małżeństwo, zasoby te warunkują dostęp do innych zasobów. Z kolei gromadzenie lub inwestowanie zasobów związanych z energią (pieniądze, wiedza) umożliwia pozyskanie innych zasobów. Zasoby energii mogą tracić swoją wartość, czego przykładem może być hiperinflacja. Trzeci podział dotyczy znaczenia zasobów dla przetrwania jednostki. Hobfoll zgodnie z tym założeniem dzieli zasoby na pierwotne i wtórne oraz trzeciego rzędu. Pierwotne to m.in. pokarm i schronienie, ich funkcją jest zapewnienie bezpieczeństwa. Zadaniem zasobów wtórnych, do których należy wsparcie społeczne, więzi małżeńskie, optymizm jest umożliwienie dostępu do zasobów pierwotnych. W trzeciej kategorii autor wyróżnia takie zasoby jak dobra materialne, pieniądze czy status społeczny.

Hobfoll próbuje odnaleźć ogólne zasady nadające kierunek intencjonalnym zachowaniom jednostki. W swojej teorii stresu, określanej środowiskową, uwzględnia historię, antropologię kulturową, ewolucję i kulturę człowieka. Jego spojrzenie na stres i radzenie sobie z nim ma charakter kolektywistyczny, biorący pod uwagę rodzinę, grupę i społeczeństwo, w którym funkcjonuje osoba. Uważa, że o stresie można mówić w określonych obiektywnych warunkach związanych z gospodarką zasobów, mianowicie z wystąpieniem zakłóceń homeostazy w zakresie wymiany zasobów pomiędzy człowiekiem a środowiskiem (Heszen, Sęk, 2008). W koncepcji zostaje wprowadzone pojęcie spirali zysków i strat, przy czym utrata zasobów jest bardziej obciążająca dla funkcjonowania człowieka. Zgodnie z założeniami teorii, im wyższy poziom zasobów posiada jednostka tym mniej jest narażona na ich utratę. Jednostki, odznaczające się brakiem zasobów są bardziej podatne na ich stratę. Jest to rezultat niskiego poziomu zasobów możliwych do zainwestowania w warunkach początkowej ich straty oraz uruchomienia spirali strat. Jednostki z wyższym poziomem zasobów dążą do ich pomnażania. Dla niskiego poziomu zasobów charakterystyczne jest uruchamianie strategii w celu ich ochrony (Hobfoll, 2006).

2.2. Wpływ stresu na organizm człowieka

Doświadczenie stresu wiąże się ze zmianami w zakresie funkcjonowania układu odpornościowego. Następuje intensywne wydzielanie glikokortykosteroidów i katecholamin. W wyniku działania glikokortykoidów może dojść do zmniejszenia się grasicy. Glikokortykoidy doprowadzają do zatrzymania produkcji nowych limfocytów w grasicy, która składa się z limfocytów. Glikokortykoidy blokują wytwarzanie interleukin i interferonu, w konsekwencji limfocyty zawarte we krwi stają się mniej odporne na pojawiające się drobnoustroje. Dodatkowo w wyniku oddziaływania glikokortykoidów limfocyty (głównie dotyczy to limfocytów typu T - odpowiedź na poziomie komórkowym organizmu) są usuwane z krwiobiegu i kumulowane w tkankach układu immunologicznego. Glikokortykoidy potrafią niszczyć limfocyty (Sapolsky, 2010). W konsekwencji dochodzi do osłabienia układu immunologicznego - limfocyty T cytotoksyczne, limfocyty B i komórki NK przestają być aktywne, lub obniża się ich ilość. Przewlekły stres prowadzi do zmian w pracy osi podwzgórze-szyszynka. Wytwarzana jest w mniejszej ilości melatonina, symptomem tego są zaburzenia snu i rytmów biologicznych oraz układu odpornościowego. W rezultacie następuje zaostrzenie choroby podstawowej, np. w sytuacji nowotworu może dojść do przerzutów. Decydująca w zakresie psychofizjologicznej reakcji na stresor i jego wpływu na funkcjonowanie jest ocena zaistniałej sytuacji. Jeżeli stresor zostanie oceniony jako zagrażający dobrostanowi osoby, wówczas należy spodziewać się negatywnego oddziaływania stresu na organizm. Odwrotnie będzie w momencie, kiedy bodziec zostanie oceniony jako możliwy do przezwyciężenia, wówczas stres będzie wpływał pozytywnie i motywująco (Joško, 2007). System immunologiczny pod wpływem oddziaływania stresora pracuje inaczej, m.in. wskazują na tę zależność badania Pettingale i in. (1985). Mastektomia dla kobiety to poważne źródło stresu, z którym trudno sobie poradzić. W przeprowadzonych badaniach, okazało się, że niektóre kobiety radzą sobie w tej sytuacji lepiej niż pozostałe, co przekładało się na ich dłuższe życie. Lepiej funkcjonujące pacjentki wykazywały spokój w związku z amputacją piersi i ich nastawienie było bardziej optymistyczne, w stosunku do tych, które charakteryzowała bezradność i przygnębienie. Podwyższony poziom kortyzolu jak twierdzą Adami Epel (2007) może powodować otyłość u ludzi. Chroniczny lub nagły stres może powodować wysokie zapotrzebowanie na pożywienie. Związek pomiędzy stresem a otyłością jest złożony, zasadnicze znaczenie ma aktywacja układu nagrody. Ludzie wyuczają się, że sięganie po smaczne jedzenie redukuje nieprzyjemny stan emocjonalny. Nadmierne spożycie pokarmów przekraczające faktyczne dzienne zapotrzebowanie

energetyczne organizmu może prowadzić do otyłości. Powszechnie znany jest negatywny wpływ otyłości na funkcjonowanie organizmu skutkujący różnymi chorobami. Dlatego też stres wiązany jest z występowaniem chorób cywilizacyjnych. Istnieje wiele badań pokazujących zależność między czynnikami emocjonalnymi a chorobami układu sercowo-naczyniowego. Skutkiem ostrego, jak i przewlekłego stresu może być nadciśnienie tętnicze, jak również zawał serca. Ze stanem stresu zwykle występuje: smutek, depresja, napięcie emocjonalne oraz sytuacje wymuszające wzmożoną aktywność i zaangażowanie. Związek między stresem a chorobami układu krążenia może być bezpośredni poprzez zmiany zachodzące na poziomie fizjologicznym w obrębie śródbłonna naczyniowego i blaszki miażdżycowej, jak pośredni poprzez oddziaływanie na czynniki ryzyka, takie jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, czy cukrzyca (Pakalska-Korcala, Zdrojewski, Piwoński, 2006).

Badania wskazują, że osoby doświadczające przewlekłego stresu związanego z pracą, chorobą, czy opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem są narażone m.in. na stany depresyjne, choroby układu sercowo-naczyniowego, układu pokarmowego, nadciśnienie, choroby autoimmunizacyjne (Beszczyńska, 2007). Wnioski z badań kobiet sprawujących opiekę nad przewlekłe chorymi dziećmi pokazują, że doświadczany przez nie wysoki poziom stresu przejawia się w długości telomerów i poziomie telomerazy (Epel i in., 2004). Sytuacja przewlekłego stresu może przekładać się na krótsze życie i wiązać się z wystąpieniem chorób nowotworowych i chorób układu sercowo-naczyniowego (Calado, Young, 2009).

Stres niekoniecznie działa tylko negatywnie. Eustres jest określany jako stres pozytywny i mobilizujący do aktywności. Określa się go jako treść, podniecenie, czy podekscytowanie. Tego rodzaju stres może wystąpić np. przed egzaminem, czy przed występem. Eustres wzmacnia spostrzegawczość, gotowość do szybkiej reakcji i przystosowuje do działania. W wyniku działania pozytywnego stresu następuje gwałtowne pobudzenie organizmu i szybki jego powrót do homeostazy (Joško, 2007).

2.3. Lęk a stres

Lęk zgodnie z koncepcją Ch. D. Spielbergera może być ujmowany jako stan (L-Stan) oraz jako cecha (L-Cecha). Lęk jako stan odzwierciedla uczucie napięcia i niepokoju, które są doświadczane na świadomym i subiektywnym poziomie, jest to stan przejściowy, zdeterminowany sytuacyjnie, wiąże się z aktywacją autonomicznego układu nerwowego (Sosnowski, Wrześniewski, Jaworowska, Fecenec, 2006). Tym co znamienne dla lęku jako stanu jest jego zmienność, która jest uwarunkowana czynnikami zagrażającymi

(Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002). Spielberger lęk-cechę opisuje jako "motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa" (za: Wrześniewski, Sosnowski, 1987, s.17). W tym przypadku lęk rozpatrywany jest jako względnie trwała cecha osobowości.

Według Kępińskiego (1977, 1986) lęk sygnalizuje zagrożenie, wynika z zaburzenia równowagi metabolizmu informacyjnego i jest wskaźnikiem niebezpieczeństwa w strukturach poznawczych, rozróżnił cztery rodzaje lęku: biologiczny, społeczny, moralny i dezintegracyjny. Lęk biologiczny jest związany z zagrożeniem własnego życia i życia gatunku. Charakterystyczną reakcją na tego typu niebezpieczeństwo jest walka lub ucieczka. Przy czym gotowość do ucieczki jest pierwotna w stosunku do walki. Aby podjąć walkę konieczne jest znalezienie w sobie siły do przeciwstawienia się zagrożeniu.

Człowiek to istota zależna od środowiska społecznego, bez niego ma niewielkie szanse na przeżycie. Szczególnie w aktualnej cywilizacyjnej rzeczywistości, w której znacznie oddalił się od umiejętności współżycia z przyrodą i czuje się wobec niej bezradny. Skutkiem przynależności do otoczenia, jest zagrożenie zerwania tych powiązań. Fakt ten powoduje u jednostki poczucie lęku. Kępiński lęk społeczny utożsamia z doświadczeniem lęku biologicznego. To oznacza, że niebezpieczeństwo przerwania więzi społecznych może być postrzegane jako zagrożenie życia. Białaczka stanowi poważne zagrożenie utrzymania więzi społecznych przez pacjenta, choroba często uniemożliwia realizację przez pacjentów roli rodzinnej, zawodowej, jak również innych ról społecznych, wielokrotnie ograniczając osoby jedynie do pełnienia "roli chorego" (Wrona-Polańska, 1983, 1984, 2011). Często ze względu na restrykcyjne warunki leczenia, związane z osłabieniem działania układu odpornościowego i zwiększonej podatności na zakażenia, pacjenci zarówno podczas hospitalizacji, jak i przez jakiś czas po opuszczeniu ośrodka przeszczepowego (wskazania te, w zależności do indywidualnej sytuacji chorego, wynoszą od około 6 do 12 miesięcy po przeszczepie), są zobligowani do ograniczenia kontaktów społecznych do minimum (Sankowska, Kauc, 2000). Dodatkowo izolację chorego od społeczeństwa wzmacnia poczucie "inności" wobec osób zdrowych, które wyrasta z wciąż funkcjonującego w społeczeństwie negatywnego obrazu nowotworu, jako choroby, która generuje lęk przed cierpieniem i śmiercią. W rezultacie osoba chora może postrzegać siebie jako "naznaczoną przez los", przez to mniej wartościową i użyteczną społecznie. Co stanowi poważne zagrożenie

dla obrazu ja i poczucia wartości chorego (Wrona-Polańska, 1983, 1984, 1999b, 2011, 2016a).

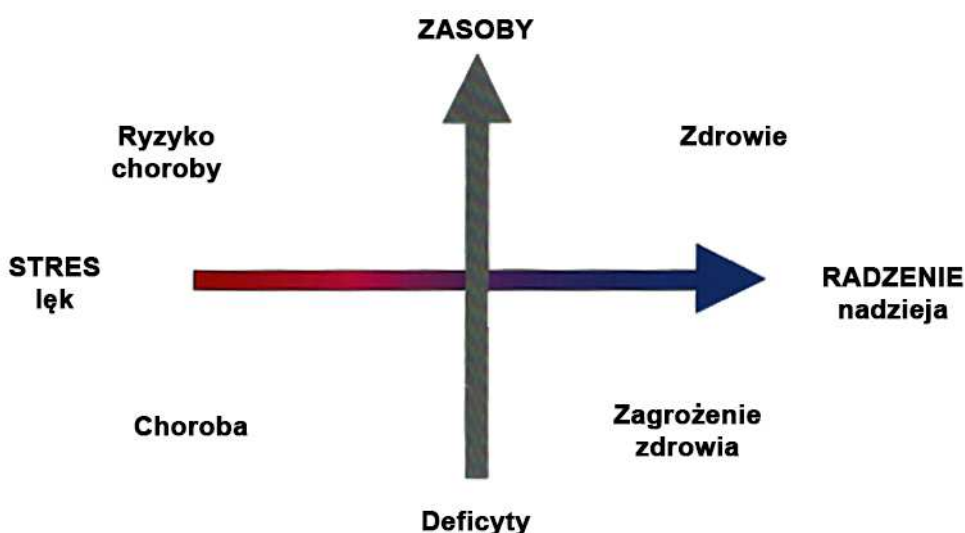
Lęk moralny jest silnie związany z lękiem społecznym. To co zewnętrzne, społeczne zostaje przyswojone przez jednostkę. Normy, standardy, oczekiwania otoczenia społecznego (osądy naszego zachowania dokonywane przez innych) zostają zintegrowane przez jednostkę i stają się częścią jej osobowości. Zinternalizowane standardy społeczne zostają zniekształcone i wyolbrzymione, co powoduje, że człowiek zwykle najbardziej surowo ocenia siebie. Informacje pochodzące od społeczeństwa pełnią rolę sprzężenia zwrotnego w stosunku do planów aktywności jednostki i jawią się jako idealne. W tym rozumieniu lęk moralny jest wyrazem sprzeczności pomiędzy dążeniami osoby, a sprzężeniem zwrotnym.

Lęk dezintegracyjny to wynik zmiany struktury metabolizmu informacyjnego. Nowe bodźce wpływają na organizm człowieka prowadząc do występowania w nim reakcji, które w momencie ich uwewnętrznienia zostają sygnałami wysyłanymi do środowiska (Kępiński, 1986).

Dominującą emocją w przeżyciu osób chorych jest lęk (Wrona-Polańska, 1983, 1985, 1989). Z badań wynika, że nowotwory, w tym białaczki generują wszystkie typy lęku, dodatkowo uruchamiają lęk przed przyszłością, która w sytuacji chorych onkologicznie jest niepewna (Kubacka- Jasiecka, Wrona-Polańska, 1981; Wrona-Polańska, 1983, 1985).

Lęk można zdefiniować jako nieprzyjemny stan emocjonalny, który jest reakcją na potencjalną możliwość utraty cenionych przez osobę wartości (de Walden- Gałuszko, 2002). Lęk jest wskaźnikiem zakłócenia równowagi metabolizmu informacyjnego i jest traktowany jako sygnał zagrożenia istniejącego w strukturach poznawczych, pełniąc rolę regulacyjną (Wrona-Polańska, 2011, 2016a). Lęk to reakcja na zagrożenie trudne do jednoznacznego zidentyfikowania, strach jest uczuciem związanym z konkretnym przedmiotem, który go wywołał. Wyróżnia się następujące aspekty lęku: poznawczy, somatyczny, emocjonalny i behawioralny. Poznawczy aspekt lęku dotyczy antycypacji niejednoznacznego, niedookreślonego niebezpieczeństwa, somatyczny dotyczy reakcji zewnętrznych i wewnętrznych organizmu np. blednięcie, nadmierna potliwość oraz aktywność współczulnego układu nerwowego objawiająca się m.in. przyspieszeniem rytmu serca, skurczem śledziony czy wydzielaniem większej ilości czerwonych ciałek krwi. Składnik emocjonalny związany jest z uczuciem przerażenia, niepewności przekładającym się na stan zdezorientowania w zakresie tego jakie działania należy podjąć. Na poziomie behawioralnym lęk obejmuje reakcję walki lub ucieczki. Reakcja ta jest chaotyczna, z tego względu, że nie ma określonej przyczyny zagrożenia. W związku z czym jednostka jest w stanie ciągłej

gotowości do jednej lub drugiej reakcji, w konsekwencji stan ten dezorganizuje jej funkcjonowanie (Seligman, Walker, Rosenhan, 2011). Zgodnie z koncepcją Wrony-Polańskiej (2011) lęk jest wyznacznikiem stresu. Stres oznacza odwrotność zdrowia. Stres to wynik braku równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami jednostki. Wymagania mają charakter wewnętrzny i zewnętrzny, możliwości z kolei to zasoby podmiotowe i społeczne, którymi dysponuje jednostka. Rezultatem deficytu w zasobach i nieskutecznego radzenia sobie ze stresem są negatywne uczucia, głównie lęk, którego wynikiem jest choroba. Zasoby utożsamia się z pozytywnymi emocjami takimi jak nadzieja. Wyższy poziom zasobów wiąże się ze wzrostem skutecznego radzenia sobie, skutkiem deficytu w zasobach jest nieskuteczne radzenia sobie i wzrost negatywnych emocji.



Rycina 2. Funkcjonalny Model Zdrowia i Choroby
Źródło: H. Wrona-Polańska 20011, s. 273

Chorzy na białaczkę doświadczają lęku pierwotnego, który stanowi odpowiedź na zagrożenie życia oraz aktualnych relacji, jak również lęku wtórnego będącego wynikiem dezintegracji struktur poznawczych, przede wszystkim obrazu Ja. Natężenie doświadczanego lęku jest zależne od poziomu faktycznego zagrożenia życia oraz jego subiektywnej oceny przez osoby chore. W przeżywaniu chorych dominuje brak poczucia bezpieczeństwa, będący wynikiem przewlekłego stanu napięcia wewnętrznego oraz poczucia winy z powodu

zachorowania, co może skutkować utratą równowagi emocjonalnej i dezintegracją osobowości (Wrona-Polańska, 1985).

Lęk nieodłącznie związany jest z życiem człowieka, przejawia się w różnej postaci od momentu przyjścia na świat aż po śmierć. Lęk stanowi część egzystencji człowieka, istnieje niezależnie od kultury i stanu rozwoju społeczeństwa czy osoby. Sposób przeżywania lęku jest właściwy dla danej osoby, związany ściśle z jej historią, wychowaniem, środowiskiem, w którym wzrastała. Lęk najczęściej doświadczany jest na poziomie nieświadomym, z którego może przeniknąć do świadomości. Wówczas uaktywniają się mechanizmy obronne o charakterze represyjnym. Mechanizmy te zabezpieczają przez pewien czas, w mniej lub bardziej efektywny sposób, utrzymanie równowagi psychicznej człowieka, dlatego człowiek poszukuje nowych sposobów obrony przed lękiem. Aktualnie mają one postać nie tylko mechanizmów obronnych, rytuałów czy magicznych praktyk, ale również środków farmakologicznych (Riemann, 2005). Grzegółowska-Klarkowska (1986, s. 200) mechanizmy obronne osobowości definiuje jako „zniekształcenia w przebiegu procesów poznawczych, które występują w sytuacji nastawienia na ochronę „ja” lub jego antycypacji i których celem jest ochrona „ja” przed rzeczywistym lub antycypowanym zagrożeniem”. Mechanizmy obronne mogą prowadzić do zakłócenia odbioru informacji, wówczas informacji zagrażających nie dopuszczają do percepcji (świadomości) lub ją utrudniają, w tej grupie wymienia się: zaprzeczanie, wyparcie, tłumienie. Inny rodzaj mechanizmów obronnych powoduje zakłócenie procesu przetwarzania informacji, tu mówi się o takich mechanizmach jak: introjekcja, identyfikacja, projekcja, intelektualizacja, izolacja, racjonalizacja, reakcja upozorowana czy fantazjowanie (Grzegółowska-Klarkowska, 1986). Mechanizmy obronne umożliwiają zmianę percepcji Ja, innego, myśli lub uczucia. Mogą oddziaływać w sferze poznawczej (przykładowo racjonalizacja), emocjonalnej (np. reakcja upozorowana), behawioralnej (np. acting out) albo w jakiejś ich konfiguracji (Vaillant, 1971). Współcześnie uważa się, że funkcją mechanizmów obronnych jest nie tylko obrona przed nieświadomymi treściami o charakterze popędowym (agresywnym czy seksualnym), ale również umożliwienie podtrzymania samooceny, zachowania poczucia bezpieczeństwa w sytuacji, gdy podmiot odczuwa zagrożenie przykładowo przed porzuceniem lub zagrożeniami z zewnątrz. (np. poprzez wykorzystanie zaprzeczania). Obronne zachowanie to zazwyczaj próba osiągnięcia określonego celu w postaci odsunięcia czy opanowania zagrażającego uczucia i/ lub zachowanie poczucia własnej wartości (Gabbard, 2011; McWilliams, 2009).

Wieloletnie badania Wrony-Polańskiej (1983, 1985, 1989, 1991, 2011, 2016a, 2016b, 2016c) przeprowadzone wśród osób chorych na białaczkę ukazały adaptacyjną rolę

mechanizmów represyjnych w skutecznym radzeniu sobie z chorobą. Zaprzeczanie chorobie oraz techniki represyjne takie jak kontakt z bliskimi, z przyrodą, sztuką służą obniżeniu przeżywanego napięcia oraz wyzwalają pozytywne emocje, przez co umożliwiają akceptację siebie w roli chorego oraz podjęcie współpracy z personelem medycznym na rzecz odzyskania zdrowia. Mechanizmy te, mimo, że nierealistyczne, okazały się znaczące w utrzymaniu pozytywnej samooceny przez chorych, przez to pozwoliły na zachowanie integracji osobowości. Badania poprzeczne i podłużne chorych na białaczkę ujawniły, że zaprzeczanie i wypieranie skutkuje z czasem zmianą obrazu samego siebie osób chorych na białaczkę, zmiana ta ma charakter kompensacyjny. Należy podkreślić za Wroną-Polańską (2003), że mechanizmy represyjne w sytuacji przedłużania się choroby tracą swoją funkcję adaptacyjną. Dzieje się tak z powodu uruchomienia się czynników poznawczych, które utrudniają możliwość kontynuacji represjonowania lęku, w związku z czym konieczne jest zastąpienie mechanizmu represji innymi strategiami. Prozdrowotną strategią, skuteczną w zmaganiu się z napięciem, jest pozytywne przewartościowanie. Badania przeprowadzone wśród chorych leczonych chemioterapią wykazały ujemną korelację pomiędzy natężeniem efektów ubocznych chemioterapii a poziomem akceptacji choroby i strategią pozytywnego przewartościowania (Dobrowolska, 2013). Jedną z bardziej powszechnych metod stosowanych w leczeniu m.in. zaburzeń, których osiowym objawem jest lęk, jest psychoterapia. Psychoterapia stosowana jest głównie w leczeniu zaburzeń zdrowia psychicznego, jak również w przypadku zaburzeń somatycznych o podłożu psychogennym, bywa też wykorzystywana w niektórych dziedzinach medycyny np. onkologii lub dermatologii (Aleksandrowicz, Czabała, 2012). Psychoterapia to "sposób leczenia zaburzeń zdrowia, polegający na oddziaływaniu jednej lub kilku osób na stan psychiczny chorego w celu usunięcia zakłóceń przeżywania, będących przyczyną jego choroby" (Aleksandrowicz, 2004, s. 16).

Osobowość człowieka kształtuje się od poczęcia. Od momentu okresu prenatalnego organizm ludzki uczy się reakcji na otaczający świat. Badania przeprowadzone na szczurach wskazują, że potomstwo samic, które zostały mocno zestresowane w czasie ciąży jest bardziej lękowe. W życiu dorosłym osobniki te w warunkach stresujących reagują stuporem - czyli zahamowaniem reakcji, przejawiają problemy w uczeniu się nowych rzeczy, czy reagują objawami jelitowymi. Lęk jest związany z ciałem migdałowatym, które w wyniku doświadczenia stresu w okresie rozwoju płodowego zostaje zaprogramowane na wzmożone jego odczuwanie. Odkąd dostępne jest neuroobrazowanie mózgu, stało się możliwe badanie wpływu stresu na organizm ludzki. Uwarunkowania zdrowia psychicznego i somatycznego

dziecka są wieloczynnikowe, w tym istotną rolę odgrywa kondycja psychiczna matki w czasie ciąży. Sporo badań pokazuje, że doświadczenie stresu w okresie życia płodowego człowieka wiąże się z wytwarzaniem większej ilości glikokortykoidów w dorosłości. Skutkuje to większym poziomem glikokortykoidów u osób w wieku 20-70 lat, w stosunku do osób, które miały niższe stany wyjściowe glikokortykoidów po urodzeniu, większą podatnością na choroby somatyczne (przykładowo: otyłość, cukrzycę insulinooporną, nadciśnienie, choroby sercowo-naczyniowe) oraz zaburzenia psychiczne (przykładowo: zaburzenia lękowe, ADHD, autyzm, depresję) (Sapolsky, 2010; Joško, 2013 za: Joško, 2016; Joško, 2016). Osobowość kształtuje się w rodzinie, to od panującej w niej emocjonalnej atmosfery zależy wykształcenie tzw. podstawowego zaufania istotnego dla umiejętności pozytywnego wartościowania doświadczanych wydarzeń życiowych (Makselon, 2018). Od wczesnego dzieciństwa istotne jest wychowanie w rodzinie zapewniającej poczucie bezpieczeństwa i umożliwiającej rozwój osobowości prozdrowotnej. Stabilna rodzina oparta na poczuciu bezpieczeństwa chroni przed wykształceniem osobowości lękowej, która stanowi deficyt i predysponuje do choroby (Wrona-Polańska, 2011). Zdaniem Spielbergera na kształtowanie się osobowości lękowej przede wszystkim wpływa relacja pomiędzy dzieckiem a rodzicami, szczególne znaczenie w kontekście rozwoju osobowości lękowej przypisywał sytuacjom karania (Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002).

Podsumowując, lęk pojawia się przede wszystkim w sytuacjach nieznanych, nowych. To on powoduje, że trudno jest przyjąć zmiany jakie pojawiają się w życiu, zazwyczaj pierwszą reakcją jest negacja i odrzucenie owej zmiany. Dzieje się tak z powodu obawy przed stratą kogoś, czegoś, celu, zagubieniem czy porażką (Marzano, 2013). Zmianą, zwykle nagłą, jest choroba osoby bliskiej, szczególnie choroba nowotworowa. Choroba nowotworowa prowadzi do zmian w funkcjonowaniu psychicznym i fizycznym chorego oraz osób mu towarzyszących. Osoby wspierające pacjenta doświadczają niepewności związanej z powrotem chorego do zdrowia, lęku dotyczącego zagrożenia życia bliskiej osoby. Nowotwór zakłóca aktualny sposób funkcjonowania systemu rodzinnego, może prowadzić do wystąpienia ostrego kryzysu lub jest dodatkowym czynnikiem zaburzającym w rodzinach, w których już wcześniej były konfliktowe relacje (Krakowiak, Krzyżanowski, Modlińska, 2011; Wrona-Polańska, 1984). Odkryto, że choroby zagrażające życiu takie jak nowotwór mogą być źródłem chronicznego stresu. U podłoża stresu leży lęk wynikający z diagnozy choroby nowotworowej. Okazuje się, że lęk oraz procedura leczenia mogą w znacznie większym stopniu powodować pogorszenie stanu zdrowia niż sama choroba (Kangas, Henry,

Bryant, 2005 za: Zimbardo, Gerrig 2012; Stanton, Revenson, Tennen, 2007 za: Zimbardo, Gerrig 2012,).

2.4. Radzenie sobie ze stresem

Aktualnie w psychologii radzenie sobie ze stresem uważane jest za kluczowy element sytuacji stresowej. W momencie doświadczenia stresu jednostka aktywizuje się do usunięcia stresora i przywrócenia homeostazy. Wybór sposobu radzenia sobie ze stresem w znacznym stopniu decyduje o poniesionych przez podmiot kosztach (Ratajczak, 2000). Radzenie sobie może być ujmowane jako proces, strategia i styl (Heszen, 2013; Wrześniewski, 1996).

Radzenie sobie (coping) to „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań (demands), ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus i Folkman 1984, s. 141). Radzenie sobie rozumiane jako proces obejmuje całokształt działań podmiotu ukierunkowanych na rozwiązanie sytuacji stresowej (Heszen, 2013; Heszen-Niejodek, 2005; Wrześniewski, 2004). Proces radzenia sobie jest złożony, dynamiczny, może być rozległy i zmienny w czasie. W trakcie przebiegu czasowego procesu radzenia sobie rozróżnia się zwykle odrębne, pojedyncze aktywności, nazywane sposobami lub strategiami radzenia sobie. Radzenie sobie trwa do czasu rozwiązania sytuacji stresowej. Na transakcję stresową składają się trzy procesy: proces oceny poznawczej, proces emocjonalny i proces radzenia sobie. Pierwotna ocena poznawcza rozpoczyna proces, którego przebieg i wyniki wpływają na ocenę wtórną. Ocena poznawcza wywołuje określone emocje, które z kolei zmieniają ogląd sytuacji. Ostatecznie umiejętność opanowania emocji w procesie radzenia sobie determinuje przebieg i efekty tego procesu (Heszen, 2013; Heszen-Niejodek, 2005). Wrona-Polańska (2011) wskazuje na różnice w rozumieniu pojęcia radzenia sobie i zmagania się. Zarówno potocznie, jak również w literaturze specjalistycznej terminy jak radzenie sobie, zmaganie się, czy działania zaradcze używane są zamiennie. "Radzenie sobie obejmuje wysiłki zmierzające do rozwiązania realnie istniejącego problemu, a zmaganie to procesy nastawione na zmianę percepcji problemu i nadanie mu innego sensu i znaczenia - gdy realne rozwiązanie nie do końca jest możliwe - a pośrednio na zmianę samego siebie. Jest to zmaganie z samym sobą np. w procesie choroby, wobec której bezradni pozostają nie kiedy nie tylko lekarze, ale i medycyna" (Wrona-Polańska, 2011, s. 116). Zmaganie się wymaga uruchomienia procesów wewnątrzpsychicznych, które w sytuacji, kiedy brak realnego rozwiązania, prowadzą do zmiany percepcji sytuacji problemowej oraz samego siebie.

Wyróżnia się radzenie skoncentrowane na problemie (zadaniowe, instrumentalne) oraz na emocjach. Pierwsze dotyczy wszystkich sposobów, które mają doprowadzić do bezpośredniej konfrontacji ze stresem, albo poprzez bezpośrednią aktywność albo ukierunkowaną na rozwiązanie problemu. Szczególnie jest użyteczne w przypadku sytuacji stresowych, które podlegają kontroli jednostki (Zimbardo, Gerrig, 2012). Rozwiązanie problemu może być zrealizowane poprzez zmianę stresogennych okoliczności lub koncentrację na Ja tj. wprowadzenie zmian w swoim zachowaniu (Terelak, Dzięgielewska, 2011).

Radzenie sobie zorientowane na emocje oznacza z kolei zmianę doświadczanych emocji i myśli. Jest szczególnie korzystne w przypadku stresorów będących poza wpływem kontroli podmiotu. Wybór tego typu sposobu oznacza, że jednostka widzi niebezpieczeństwo dla swojego dobrostanu i inicjuje działania, które mają je zminimalizować (Zimbardo, Gerrig, 2012). Regulacyjne radzenie sobie może prowadzić do redukcji obciążającego napięcia emocjonalnego, które utrudnia działanie albo pobudzenia emocji mobilizujących do podjęcia aktywności (Lazarus, Folkman, 1984).

Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach i problemie może przyjmować różne formy. Zarówno jedna, jak i druga funkcja radzenia sobie ma na celu albo wprowadzenie zmian w sytuacji, likwidację lub usunięcie przyczyny trudności, albo poprawę stanu emocjonalnego, czy eliminację trudnych emocji takich jak smutek, złość, gniew wynikających z działania stresora. Poszczególne aktywności związane z funkcją zorientowaną na emocje w psychologii klinicznej określa się jako mechanizmy obronne, przy czym regulacyjne radzenie sobie obejmuje bardziej obszerną sferę aktywności. Według Lazarusa sposoby radzenia sobie są stosowane świadomie i nieświadomie. W związku z tym można mówić o kontinuum, na których umieszczone są zdrowe i nieprzystosowawcze sposoby radzenia sobie oraz działania mieszczące się na granicy. Należy podkreślić, że mogą być stosowane jednocześnie (Łosiak, 2012).

Skuteczne radzenie sobie ze stresem jest związane zarówno z kontrolą emocji jak i podejmowanymi działaniami zaradczymi prowadzącymi do zmiany sytuacji na bardziej korzystną dla osoby w niej uczestniczącej. Bez umiejętności zarządzania emocjami często nie jest możliwe inicjowanie aktywności prowadzącej do zmiany stresującej sytuacji (Makowska, Poprawa, 1996). Aby poradzić sobie ze stresem człowiek stosuje zarówno strategie skoncentrowane na zadaniu oraz na regulacji emocji.

Trudno jednoznacznie określić, które strategie są najbardziej skuteczne z perspektywy zdrowia oraz że są tylko warunkowane przez sytuację, ponieważ zależą również od

osobowościowej dyspozycji jednostki. Skuteczne będą strategie instrumentalne, strategie racjonalne i irracjonalne, czyli wszystkie, które w rezultacie pozwalają na rozwiązanie trudności (Wrona-Polańska, 2003, 2011). Rozwiązaniu problemu służą strategie poznawcze, które umożliwiają spojrzenie na doświadczaną sytuację problemową i samego siebie z innej perspektywy np. pozytywne przewartościowane, ale jak pokazały badania wśród osób chorych na białaczkę wymagają aktywności wewnątrzpsychicznej i są charakterystyczne tylko dla części chorych, nie mają charakteru uniwersalnego (Wrona-Polańska, 1991).

Styl radzenia sobie ze stresem określany jest jako względnie stała i charakterystyczna osobowościowa dyspozycja jednostki uruchamiana do poradzenia sobie ze stresorem (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak 2009). Według Wrześniewskiego (1996) styl radzenia sobie to względnie stała dyspozycja osobowościowa do zmagania się ze stresem za pomocą określonych strategii. Heszen (2013, s. 100) definiuje styl jako "...posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi".

Wymienia się dwa podejścia w rozumieniu stylu radzenia sobie. Pierwsze wywodzi się z teorii psychoanalitycznej i jest związane z problematyką obronności percepcyjnej, styl tu rozumiany jest jako pojedynczy wymiar, dyspozycja, czy cecha osobowości, drugie natomiast przedstawia styl jako swego rodzaju układ dyspozycji (właściwości) jednostki (Wrona-Polańska, 2003).

Klasyfikacja pierwsza opiera się na teorii psychoanalitycznej i bazuje na konstrukcie represji-sensytyzacji (unikanie-zbliżanie do stresora). W podejściu psychoanalitycznym represja i sensytyzacja rozumiane są jako mechanizmy obronne (Heszen-Niejodek, 1996). Aktualnie charakterystyka stylów została poszerzona o zachowanie, czyli uwzględnienie strategii behawioralnych (Heszen, 2013). W podejściu oparte na dymensji: represja-sensytyzacja wpisuje się koncepcja stylów radzenia sobie S. Miller. Miller (1990) rozróżnia dwa style. W pierwszym przypadku styl dotyczy koncentracji uwagi na stresogennym bodźcu i/lub własnej reakcji, oznacza on poszukiwanie, przetwarzanie, wykorzystywanie informacji związanych ze stresem. Drugi styl jest nazywany unikowym i wiąże się z odrzucaniem, wypieraniem i zaprzeczaniem informacjom i reakcjom dotyczącym wydarzenia stresowego. Style są heterogeniczne i każdy składa się z odmiennych poznawczo-behawioralnych strategii radzenia sobie. Krohne (1993) mówi o czterech stylach radzenia sobie, które opierają się na dwóch wymiarach: czujność i unikanie. Najbardziej adaptacyjny z nich to styl "nieobronny", czyli ten o niskich wartościach w zakresie unikania i czujności, najmniej styl o wysokich wartościach w wymienionych wymiarach, co skutkuje wysokim poziomem lęku.

Podjęcie drugie jest złożone i wielowymiarowe. W tym nurcie została opracowana koncepcja Endlera i Parkera. Wyróżniają oni trzy style radzenia sobie: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach i styl skoncentrowany na unikaniu. Ostatni przybiera dwie dodatkowe formy tj.: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (Endler, Parker, 1990). Dotychczas brak jednoznacznych przesłanek przesądzających o większej efektywności, jednego stylu nad innymi. W przypadku chorób somatycznych za korzystne uważa się zarówno sposoby radzenia sobie zadaniowe, jak i unikowe. Przy czym istotna jest aktualna sytuacja osoby, radzenie sobie konfrontacyjne jest użyteczne, gdy sytuacja podlega większej kontroli, a unikowe w przypadku chorób chronicznych i nie rokujących na wyleczenie (Heszen-Niejodek, 2000, 2004). W badaniach wykazano, że styl skoncentrowany na emocjach w trudnej sytuacji ma charakter nieadaptacyjny (Klonowicz, Cieślak, 2004, Wrona-Polańska 2003, 2011).

Z badań Wrony-Polańskiej (2011) prowadzonych od lat 70. ubiegłego stulecia wśród osób chorych na białaczkę wynika, że style i strategie realne, jak również zadaniowe, czy skoncentrowane na unikaniu oraz skierowane na regulację emocji związane są ze skutecznym zmaganiem się z chorobą. Dla zdrowia, jak wynika z powyższych badań, przede wszystkim istotne są pozytywne emocje oraz aktywne, skuteczne działanie prowadzące do rozwiązania trudności, poszukiwanie wsparcia oraz pozytywne przewartościowanie. Pozytywne przewartościowanie wyzwala pozytywne emocje przez co mobilizuje do podjęcia aktywności (wewnętrznej i zewnętrznej) w celu odzyskania zdrowia. Osoby chore, które nie potrafią przewartościować swojej choroby nieskutecznie radzą sobie z stresem, kumulując negatywne emocje, które stanowią zagrożenie dla ich życia i zdrowia. Problematyka regulacji emocji w kontekście stresu była poruszana od dawna, głównie negatywnych, aktualnie wiele badań koncentruje się wokół wzbudzania pozytywnych emocji i ich roli w radzeniu sobie ze stresem oraz ich znaczenia dla wzmacniania zasobów jednostki (Heszen, 2013).

Antonovsky uważa, że style radzenia sobie ze stresem mogą być zróżnicowane, istotny jest przede wszystkim dobór stylu do aktualnej sytuacji stresowej. Zachowanie takie jest charakterystyczne dla osób o silnym poczuciu koherencji. Jednostka cechująca się wysokim poczuciem koherencji jest w stanie ocenić i zdecydować, który sposób radzenia się w danym momencie będzie najbardziej adekwatny i efektywny do poradzenia sobie ze stresorem. Ważny jest elastyczny dobór strategii do rozwiązania problemu (Antonovsky, 1997).

Zakres pojęcia radzenia sobie ze stresem jest bardzo obszerny. Współcześnie wskazuje się na radzenie sobie z uwzględnieniem kontekstu społecznego (np. pozyskiwanie wsparcia) (Folkman, Moskowitz, 2004; Hobfoll 1998, 2006 za: Heszen, 2013), radzenie duchowe (Kübler-Ross, 1972 za: Wrona-Polańska, 2011; Folkman, Moskowitz, 2004), czy radzenie proaktywne ukierunkowane na przyszłe wydarzenie stresowe (Schwarzer, Knoll, 2003), określane też jako zapobiegawcze czy profilaktyczne (Wrona-Polańska, 2011).

W kontekście zachowania zdrowia ważne jest twórcze radzenie sobie z problemem (Wrona-Polańska, 2003, 2011), które zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003) zależy od posiadanych przez osobę zasobów. Twórcze radzenie oznacza podejmowanie przez podmiot skutecznej aktywności na rzecz utrzymania lub odzyskania zdrowia. Kluczowe znaczenie w procesie radzenia sobie mają zasoby, od których zależy wynik oceny poznawczej sytuacji, a w rezultacie emocje podmiotu. Istotna w procesie radzenia sobie jest elastyczność w doborze strategii do problemu. W tym rozumieniu podkreśla się podmiotowy i indywidualny charakter przebiegu procesu radzenia. Od możliwości jednostki (zasobów i deficytów) zależy rezultat transakcji stresowej - który może być prozdrowotny lub zagrażający dla zdrowia.

Badania dotyczące problematyki radzenia sobie ze stresem przez osoby wspierające chorych na nowotwór są nieliczne, tych dotyczących bezpośrednio osób bliskich chorych na białaczkę nie znaleziono. Wyniki badań przeprowadzonych wśród mężczyzn wspierających żony chore na raka piersi ukazały, że radzili sobie ze stresem głównie aktywnie (poszukiwali informacji, podejmowali działania, rozmawiali o problemach czy poszukiwali wsparcia) oraz represyjnie (poprzez stosowanie zaprzeczania i wypierania myśli czy uczuć), jak również poprzez modlitwę (Hilton, Crawford, Tarko, 2000). Inne badania ukazały, że mężowie w przypadku choroby żony radzili sobie poprzez takie strategie jak koncentracja na chorobie żony i troska o utrzymanie normalnego trybu funkcjonowania rodziny (Zahlis, Shands, 1991). Badania Kershaw i współpracowników przeprowadzone wśród kobiet chorych na nowotwór piersi oraz osób ich wspierających ukazały, że osoby wspierające częściej niż chore kobiety radzą sobie ze stresem poprzez sięganie po używki takie jak alkohol czy narkotyki, podczas kiedy chore kobiety częściej korzystają ze wsparcia społecznego, pozytywnego przewartościowania, wentylacji negatywnych emocji czy poczucia humoru. Aktywne radzenie w przypadku chorych, jak i osób je wspierających, wiązało się z wyższą jakością życia, a unikanie z niższą jakością życia (Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker, Mood, 2004).

Podsumowując, stres i radzenie sobie ze stresem można rozpatrywać również z perspektywy korzyści dla zdrowia jednostki (Chodkiewicz, 2005; Joško, 2007; Heszen, 2013; Wrona-Polańska, 2003, 2011, 2016). Proces radzenia sobie ze stresem to okazja do rozwoju jednostki w obszarze wiedzy na temat siebie i świata, doświadczenia prozdrowotnych skutków pozytywnych emocji, rozwoju zasobów, czy rozwoju osobistego ujmowanego w literaturze jako wzrost potraumatyczny (Heszen, 2013). Dla zdrowia istotne jest skuteczne zmaganie się ze stresem oraz wzmacnianie zasobów. Deficyty w zasobach oraz nieskuteczne radzenie sobie ze stresem może prowadzić do choroby. Wzmacnianie zasobów minimalizuje rozbieżność pomiędzy wymaganiami a możliwościami osoby (czyli stres), co sprzyja zdrowiu człowieka. Zasoby okazują się mieć kluczowe znaczenie dla zdrowia człowieka wpływają na nie w sposób bezpośredni i pośredni poprzez obniżenie poziomu stresu, wzbudzanie pozytywnych emocji oraz mobilizację do aktywności na rzecz utrzymania lub odzyskania zdrowia (Wrona-Polańska, 2003, 2011).

3. Sposoby rozumienia zdrowia

3.1. Model biomedyczny i biopsychospołeczny

Model biomedyczny opiera się na dualistycznej koncepcji psyche i soma. Leczenie koncentruje się na stronie fizycznej pacjenta, pomijając psychikę, która zgodnie z założeniami tego podejścia jest odrębna od ciała. Model biomedyczny opiera się na paradygmacie ukierunkowanym patogenetycznie, bada przyczyny choroby. Wyrósł on z dualizmu kartezjańskiego, w którym ciało i umysł traktowane są rozdzielnie (Sheridan, Radmacher, 1998).

Medycyna wschodu, praktyki lecznicze Indian opierają się natomiast na uwzględnieniu wzajemnych relacji pomiędzy zdrowiem fizycznym i umysłem. W kulturze Indian Navajo termin *hozho* odnosi się do harmonii w zakresie funkcjonowania umysłu, rodziny, sztuki, rzemiosła, ciała i ducha. Choroba oznacza zaburzenie harmonii i wymaga jej przywrócenia na różnych poziomach (Zimbardo, Gerrig, 2012).

Model biopsychospołeczny uwzględnia ciało, stan umysłu oraz otoczenie osoby. Zdrowie w tym podejściu jest rozumiane jako zmienne i wielopłaszczyznowe. Dobrostan jednostki rozpatrywany jest w kontekście fizycznym, psychicznym, duchowym, społecznym i środowiskowym (Zimbardo, Gerrig, 2011; Wrona-Polańska, 2011). W tym obszarze wiele wniosły doniesienia medycyny psychosomatycznej. W ramach, której odkryto, że nie każdy patogen prowadzi do wystąpienia choroby. Stwierdzono, że wiele chorób ma podłoże psychosomatyczne (Ader, 1980).

Przez długi okres zdrowie było rozpatrywane głównie z perspektywy modelu biomedycznego, czyli w kontekście choroby i jedynie jego fizycznego wymiaru. W modelu biomedycznym zdrowie oznacza brak choroby, a choroba brak zdrowia, w tym rozumieniu zdrowie i choroba to kategorie odrębne (Cierpiałkowska, Sęk, 2016a). Aktualnie zdrowie opisywane jest zwykle w kategoriach podejścia holistycznego, czyli rozumiane jest systemowo. Zdrowie określa się jako dynamiczny proces zorientowany na przywracanie ciągle zaburzanej homeostazy organizmu (Dolińska-Zygmunt, 2001). Proces ten zależny jest od poziomu posiadanych przez osobę zasobów, jak również otoczenia, z którym jest ona systemowo związana (Kowalski, Gawęł, 2007; Wrona-Polańska, 2011).

Traktowanie zdrowia jako braku choroby, charakterystyczne dla modelu biomedycznego, skutkuje koncentracją na chorobie i jej objawach. Zdrowie wówczas oznacza

wyeliminowanie symptomów choroby (Puchalski, 1997). Zdrowie rozumiane w ten sposób określa się jako negatywne. Aktualnie podkreśla się, że takie redukcjonistyczne spojrzenie na problematykę zdrowia jest niewystarczające.

Nagły wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne (nowotwory i zawały) spowodował potrzebę uwzględniania w rozumieniu zdrowia także aspektów: psychicznych, społecznych, jak również duchowych (Wrona-Polańska, 2009). Ludzi nie można jedynie pojmować w kategoriach zbioru narządów, ponieważ całość to coś więcej niż prosta suma jej elementów (Aleksandrowicz, Duda, 1988).

Współcześni badacze sugerują, aby w obszarze ochrony zdrowia nastawić się na modele obejmujące zdrowie jako podstawowy kierunek badań. Podkreślają, że koncentracja na perspektywie salutogenetycznej może zaowocować poszerzeniem wsparcia terapeutycznego (Zboralski i in., 2008).

Światowa Organizacja Zdrowia w 1948 roku zaproponowała, żeby zdrowie ujmować jako dobrostan biopsychospołeczny, a nie tylko utożsamiać je z brakiem problemów natury fizycznej. Definicja ta mieści się w obszarze pozytywnej koncepcji zdrowia (Heszen, Sęk, 2012). Ujęcie to spotkało się ze znaczną krytyką, głównie jako wadę wskazano traktowanie zdrowia jako stanu, podczas gdy stale ulga ono zmianie i ma charakter dynamiczny (Wrona-Polańska, 2003).

Słońska i Misiunia (1993, s. 68) zdrowie definiują jako: "poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska". Takie ujęcie problemu to przykład traktowania zdrowia jako dyspozycji (zasobu, czy potencjału zdrowotnego). Rozumienie to wynika z hipokratejskiej tradycji zgodnie, z którą zdrowie rozpatrywane jest z punktu widzenia równowagi i zdolności prowadzenia mądrego życia. Zdrowie, w tym rozumieniu, to zasób pozwalający jednostce na wielostronny rozwój oraz sprostanie wymaganiom środowiska. To też zdolność do realizacji potrzeb oraz zadań stawianych przez życie (otoczenie czy samego siebie). Tak pojmowane zdrowie to jeden z zasadniczych zasobów umożliwiających osiągnięcie wysokiej jakości życia poprzez optymalne funkcjonowanie, aktywne przystosowanie do otoczenia czy umiejętność życia w harmonii (Wrona-Polańska, 2003, 2011). Wrona-Polańska (2003, s.97) wychodząc z biopsychospołecznego paradygmatu uważa, że "zdrowie ma wielorakie uwarunkowania i należy je rozpatrywać całościowo, systemowo, z uwzględnieniem jego podmiotowości jest ono zawsze zdrowiem czyimś i opiera się na świadomej aktywności podmiotu jako kreatora własnego zdrowia, który dąży do utrzymania dynamicznej równowagi w systemie człowiek-

otoczenie". W powyższym rozumieniu zdrowia zostaje ujęta złożoność relacji pomiędzy jednostką a jej środowiskiem, co pozwala na rozpatrywanie zdrowia z perspektywy psychologicznej teorii stresu (w podejściu zarówno relacyjnym, jak i systemowym) (Wrona-Polańska, 2003).

Zdrowie można rozumieć z perspektywy subiektywnej i obiektywnej. Zdrowie subiektywne inaczej określane jest jako poczucie zdrowia, samopoczucie czy percepcja zdrowia. Ocena zdrowia obiektywnego opiera się na takich wskaźnikach jak objawy somatyczne i psychiczne składające się na daną jednostkę chorobową - ocena medyczna stanu zdrowia. Z perspektywy psychologicznej percepcja swojego zdrowia, czyli wiedza na jego temat, znacząco wpływa i modyfikuje aktywności i zachowania podejmowane wobec swojego zdrowia - ma większą siłę regulacyjną w stosunku do zdrowia obiektywnego (Wrona-Polańska, 1983, 2003). Obserwowane są sytuacje, kiedy osoba mimo różnych dolegliwości chorobowych wydaje się ich nie zauważać i ocenia swoje zdrowie jako dobre mimo złych wyników medycznych - zjawisko to nazywane jest "paradoksem zdrowia", zdarza się również, że osoba posiada zadowalające wyniki medyczne dotyczące własnego zdrowia a uważa się za chorą - tzw. "paradoks choroby". To ocena subiektywna własnego zdrowia wyznacza kierunek zachowań celowych na jego rzecz (Heszen, Sęk, 2012).

Zdrowie utożsamiane jest z wartością pozytywną, w kierunku, której człowieka zmierza, choroba natomiast to wartość negatywna, której człowiek wystrzega się. Zdrowie jako wartość postrzegane jest jakby na zewnątrz podmiotu, jako kategorię obiektywną (Tomaszewski, 1976; Heszen, Sęk, 2012). Jednak aby zdrowie jak wartość wyznaczało prozdrowotne zachowania, musi być wartością o charakterze autotelicznym - wartością uwewnętrznioną, zinternalizowaną, a nie wartością obiektywną, na zewnątrz podmiotu (Wrona-Polańska, 2011).

3.2. Podejście psychosomatyczne i somatopsychiczne a zdrowie

XX wiek obfitował w wiele przemian w zakresie pojmowania zdrowia człowieka. Widoczne jest to szczególnie w obszarze rozumienia związku pomiędzy psychicznym i somatycznym stanem człowieka. Zmiana podejścia do powyższej relacji spowodowała rozwój dwóch kierunków badań naukowych tj. psychosomatycznego i somatopsychicznego.

Koncepcja psychosomatyczna skupia się na badaniu właściwości psychicznych mogących stanowić etiologię chorób i warunkować ich przebieg. Najczęściej w literaturze

wśród psychicznych właściwości wymienia się cechy osobowości, sposoby reagowania, czy doświadczone urazy. Takie rozumienie wydaje się niewystarczające.

Medycyna psychosomatyczna wywodzi się z koncepcji psychoanalitycznych, a jej twórcami byli psychiatrzy. Aktualnie istotę medycyny psychosomatycznej stanowi założenie o jedności biopsychospołecznej człowieka. Uznaje się, że przyczyny choroby są złożone, wśród nich wymienia się czynniki psychospołeczne (Heszen, Sęk, 2012).

Już w starożytności wskazywano, że emocje mogą być przyczyną powstawania chorób. M.in. Hipokrates i Galen podkreślali nierozłączność psychiki i ciała, podobne koncepcje wysuwali Platon i Arystoteles (Ścigała, 2001). Hipokrates podkreślał: " By leczyć ciało ludzkie, konieczna jest wiedza o całości zjawisk" (za: Markocka-Mączka, Grabowski, Taboła, 2017, s. 171).

Aktualnie pojęcie psychosomatyki nie ma jednoznacznej definicji. Tylka (2010) zaburzenia psychosomatyczne definiuje jako takie, których przyczyny, przebieg i leczenie zdeterminowane są czynnikami psychicznymi i socjokulturowymi. Choroba psychosomatyczna to dolegliwość dotycząca somatyki jednostki, a przyczyną jej pojawienia się lub zaostrzenia są czynniki psychiczne (Jarosz, 1983).

Orientacja somatopsychiczna podkreśla wpływ jednostki chorobowej na funkcjonowanie psychiczne osoby. Choroba zgodnie z tym kierunkiem może wpłynąć na strukturę osobowości, nastrój, samoocenę, odporność człowieka chorego (Jennison, 1992).

Współczesna psychosomatyka uwzględnia prężnie rozwijającą się dyscyplinę jaką jest psychoneuroimmunologia. Podejście to przede wszystkim bada związki pomiędzy układami: neurofizjologicznym, hormonalnym oraz limfatycznym. Według wiedzy neuroimmunologicznej optymalne działanie tych układów decyduje o odporności organizmu. Psychoneuroimmunologia w zakresie układu immunologicznego głównie skupia się na odporności fizjologicznej - jego podstawowej funkcji. Tę funkcję uważa się za kluczową przy objaśnieniu przyczyn i mechanizmów chorób psychosomatycznych. Odporność dzieli się na wrodzoną i nabytą. Tym co wpływa na zmiany w zakresie odporności jest pamięć immunologiczna, ale również niespecyficzne i specyficzne czynniki psychologiczne. Wśród niespecyficznych czynników wymienia się stres, a specyficznych negatywne emocje (lęk, wrogość, agresja) oraz przewlekłe stany uczuciowe takie jak depresja (Ścigała, 2001). Koncentracja na negatywnych emocjach może prowadzić do utraty odporności i w konsekwencji do wystąpienia choroby lub jej zaostrzenia u już chorych (Wrona-Polańska, 2008).

3.3. Jakość życia a zdrowie

Jakość życia to pojęcie zróżnicowane interdyscyplinarnie. Istnieje wiele odmiennych interpretacji w ramach nauk społecznych i medycznych jakości życia. Jakość życia wydaje się złożonym, wieloaspektowym konstruktym wymagającym ujęcia z różnych perspektyw teoretycznych. Zrozumienie subiektywnego poczucia jakości życia wymaga wiedzy w jaki sposób obiektywne czynniki wpływają na ocenę swojego życia dokonywaną przez ludzi. Również zrozumienie wpływu obiektywnych wskaźników na poczucie jakości życia związane jest ze zrozumieniem wartości, którymi ludzie kierują się oraz wiedzy jak obiektywne wskaźniki wpływają na doświadczenie dobrego samopoczucia (Paraskevi, 2013).

WHO definiuje jakość życia w następujący sposób: „Jakość życia to postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości w jakich żyją oraz jej związku z indywidualnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami” (WHO, 1997, str. 1). Jakość życia wg. WHO obejmuje: stan psychiczny i fizyczny jednostki, przekonania, relacje społeczne, poziom niezależności, związek z otaczającym środowiskiem.

Klasyczna już definicja jakości życia Campbella opisuje to zjawisko w kategoriach poziomu satysfakcji ze sfer życia takich jak rodzina, praca zawodowa, relacje sąsiedzkie oraz towarzyskie, stan zdrowia, organizacja czasu wolnego oraz posiadanego wykształcenia, czy powszechnych standardów obowiązujących w danej społeczności i ich wpływu na jakość życia. Stopień satysfakcji z realizacji poszczególnych obszarów będzie generował wysokie bądź niskie poczucie jakości życia (Campbell, 1981).

Jakość życia to pojęcie o szerokim zakresie, co rzutuje na jego wieloznaczność. Jakość życia można utożsamiać z brakiem obciążeń, poziomem zadowolenia z życia oraz zaspokojeniem potrzeb (Cierpiałkowska, Sęk, 2016b).

Jakość życia może być rozpatrywana subiektywnie i obiektywnie. Obiektywnie rozpatrywana oznacza sumę warunków (wyznaczników) życia i aktywności osoby. Do warunków tych zalicza się otoczenie fizyczne i społeczno-kulturowe danej jednostki. Jakość życia pojmowana subiektywnie to rezultat oceny i przypisywania wartości ogólnej życiu, jak i poszczególnym jego sferom. Jeżeli ocena ta ma wymiar bardziej poznawczy, wtedy określa się ją poczuciem satysfakcji, jeśli bardziej emocjonalny to wskazuje raczej na poziom zadowolenia z życia w ogóle i jego sfer (Cierpiałkowska, Sęk, 2016; Heszen, Sęk, 2008). Rozróżnienie to jest szczególnie ważne, biorąc pod uwagę fakt, że ta sama sytuacja może być różnie interpretowana i oceniana przez poszczególnych ludzi. Dzieje się tak ze względu na podmiotowe uwarunkowania dokonywanych ocen, na co wpływa przede wszystkim

osobowość człowieka, to oznacza, że między obiektywnymi wskaźnikami a subiektywnym poczuciem jakości życia (kategoria poznawczo-emocjonalna) występują złożone zależności (Cierpiałkowska, Sęk, 2016b; Wrześniewski, 2009).

Psychoonkologia wiąże jakość życia głównie ze stanem zdrowia. Tak rozumiana jakość życia dotyczy subiektywnego wartościowania bieżącej sytuacji życiowej w kontekście doświadczanej choroby oraz wprowadzonego leczenia (de Walden-Gałuszko, 1997). Nowotwór nie tylko wpływa na jakość życia chorego, ale również na rodzinę i bliskich przyjaciół. Znaczenie choroby w odniesieniu do różnych aspektów jakości życia wspierających jest znaczące, widoczne jest w każdej fazie choroby począwszy od diagnozy i leczenia tzw. ostrej fazy (1-2 lat), poprzez okres remisji i nawrotu choroby, aż po okres żałoby zwany fazą osierocenia (Kim, Given, 2008).

Badania przeprowadzone wśród osób opiekujących się chorymi na nowotwór pokazują, że samoocena oraz stres związany z opieką nad osobą chorą były silnymi predyktorami jakości życia wspierających. Mężczyźni byli bardziej skłonni oceniać doświadczenie opieki nad chorym jako wzmacniające ich poczucie wartości. Dla dorosłych córek sprawowanie opieki nad chorym na nowotwór rodzicem było bardziej stresujące niż dla dorosłych synów (Kim, Baker, Spillers, 2007). Szczególne znaczenie w kontekście jakości życia osób opiekujących się chorymi na nowotwór, jak pokazują badania, mają ekonomiczne obciążenia, głównie utracony dochód w rodzinie. Ponadto dla poziomu jakości życia wspierających znaczące były poważne zmiany życiowe z powodu choroby, niezdolność do normalnego funkcjonowania, utrata oszczędności, zmiana planów dotyczących edukacji (Yun i in., 2005). Wyższa jakość życia mężów opiekujących się żonami chorymi na nowotwór piersi związana była z poczuciem niższego obciążenia chorobą, niższą koncentracją na emocjonalnym radzeniu sobie ze stresem i wyższym poczuciem wsparcia społecznego (Wagner, Bigatti, Storniolo, 2006).

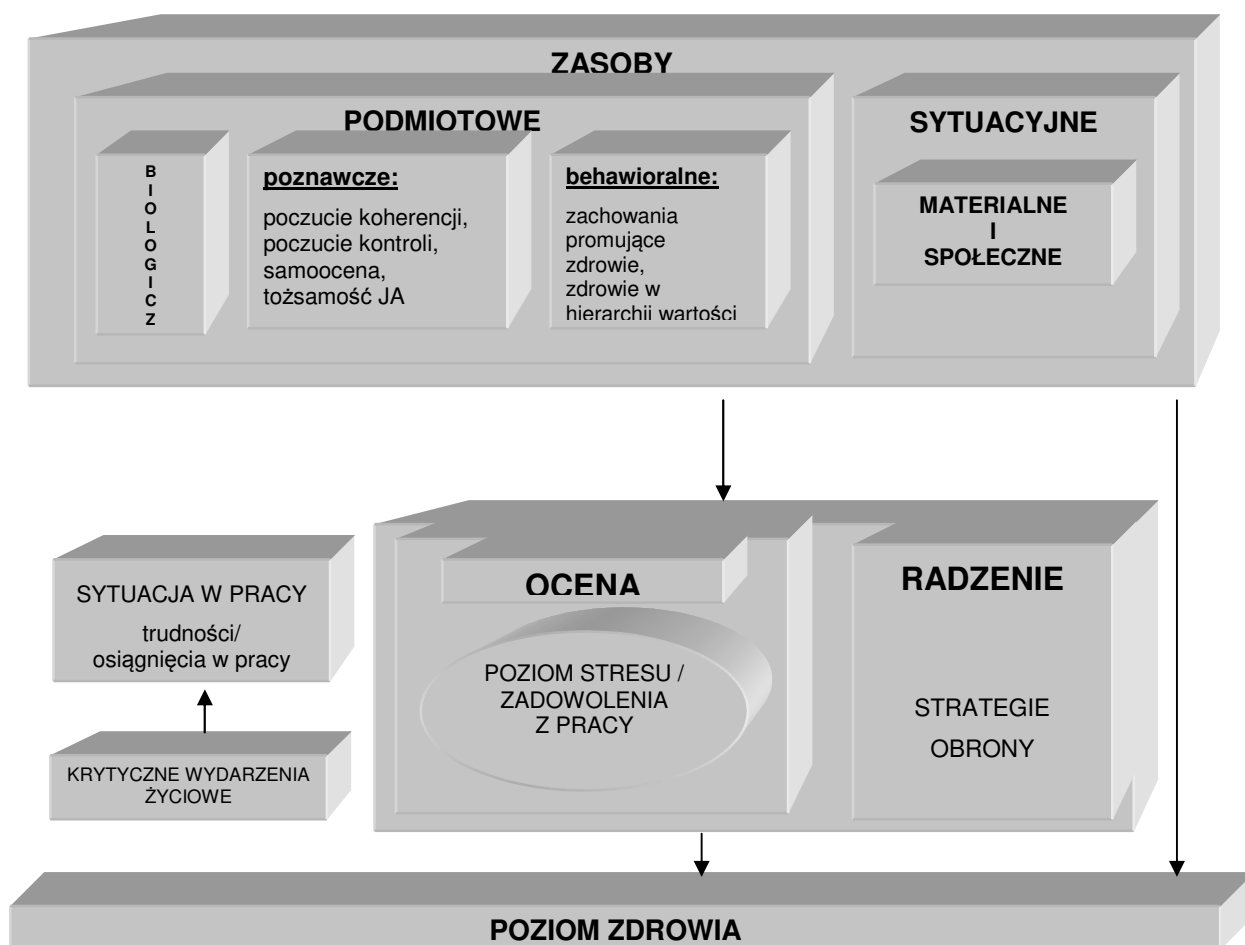
Podobne obserwacje zostały poczynione w przypadku innych przewlekłych chorób i ich wpływu na jakość życia bliskich. Nasilenie objawów atopowego zapalenia skóry u dzieci wśród opiekunów skutkowało zmęczeniem, zaburzeniami snu oraz zwiększonymi nakładami finansowymi (Teresiak, Czarnecka-Operacz, Jenerowicz, 2006). Opiekunowie osób chorych na otępienie są narażeni na wystąpienie stanów depresyjnych i zaburzeń lękowych (Coon, Evans, 2009; Witusik, Pietras, 2007). Opiekunowie osób starszych czynni zawodowo zmagają się z obciążeniami psychicznymi i fizycznymi. Potrzeba połączenia codziennych obowiązków z pracą zawodową powoduje napięcie emocjonalne, zmęczenie, obniżone

samopoczucie, poczucie osamotnienia. Dodatkowo konieczność opieki rzutuje na subiektywną ocenę zdrowia wspierających, życie towarzyskie, czas wolny, czy relacje rodzinne. Taka sytuacja może prowadzić do obniżenia ogólnej sprawności, a tym samym do pojawienia się choroby (Perek-Białas, Stypińska, 2010). Badania kobiet opiekujących się przewlekle chorymi ukazują, że osoby te doświadczają z racji pełnionych obowiązków problemów natury somatycznej, głównie o charakterze bólowym, stanów lękowych i depresyjnych, widoczny jest także negatywny wpływ roli opiekuna na ich życie towarzyskie (Zysnarska, Wojnicz-Michera, Taborowska, KołECKI, Maksymiuk, 2010). Jak wskazują wyniki badań prowadzonych wśród osób starszych, na ich poziom jakości życia miały przede wszystkim wpływ takie aspekty jak: zdrowie, wsparcie społeczne, cechy osobowości, istotne okazało się również środowisko, w którym przebywały (Kane, 2003). Pojęcie jakości życia może być obszerne, ale również może dotyczyć jedynie pewnych aspektów życia osoby (Kane, 2002).

3.4. Funkcjonalne ujęcie zdrowia

Zgodnie z koncepcją Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2011, 2016) zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem. W przeciwieństwie do podejścia patogenetycznego autorka przyjmuje orientację salutogenetyczną ukierunkowaną na zdrowie. Zdrowie jest rozpatrywane w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym, co wiąże się z rozumieniem go w sposób systemowy uwzględniający jego złożoność i różne uwarunkowania.

Wrona-Polańska na podstawie badań osób zdrowych i chorych opracowała Funkcjonalny Model Zdrowia opisujący predyktory zdrowia oraz sposoby w jaki wpływają one na jego kształtowanie. Autorka modelu wskazuje na istotną rolę poziomu zasobów w kontekście zdrowia. Podkreśla rolę zasobów biologicznych, podmiotowych poznawczych i behawioralnych oraz sytuacyjnych (materialno-społecznych). Model został skonstruowany w oparciu o teorię stresu Lazarusa i Folkman (1984), teorię zachowania zasobów Hobfolla (1989), teorię salutogenezy Antonovsky'ego (1995) oraz teorię Twórczego Rozwiązywania Problemów Nęcki (1994). Autorka założyła występowanie związku pomiędzy stresem a zdrowiem oraz kierunek salutogenetyczny, czyli skoncentrowany na poszukiwaniu psychologicznych mechanizmów i czynników prozdrowotnych (Wrona-Polańska, 2011, 2016). Teoretyczny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej przedstawia rycina 3.



Rycina 3. Teoretyczny Model Zdrowia
Źródło: H. Wrona-Polańska 2003, s. 100

Zasadniczym źródłem zdrowia w modelu jest osobowość prozdrowotna, czyli złożona zmienna reprezentująca zasoby podmiotowe: poczucie koherencji, poczucie spostrzeganej kontroli - związane z pozytywną oceną zdarzeń i sytuacji, a także kontrolę wtórną - typu doznawania oraz pozytywną samoocenę. Osobowość prozdrowotna wpływa trzema ścieżkami na zdrowie:

- ścieżka kompetencyjna wpływa poprzez skuteczne strategie i obrony, pozwala ocenić trudność jako zadanie do rozwiązania, dodatkowo jest wspomagana przez zdrowy styl życia, czyli zasoby podmiotowe behawioralne;
- ścieżka napięciowa – poziom zdrowia zależy w dużej mierze od przeżywanego stresu, skuteczne rozwiązywanie problemów redukuje napięcie stresowe;
- ścieżka emocjonalna – ścieżka pozytywnych emocji, wspomagana przez osobowość prozdrowotną, a zasilana przez zasoby materialne i sytuacyjne (Wrona-Polańska 2003, 2016).

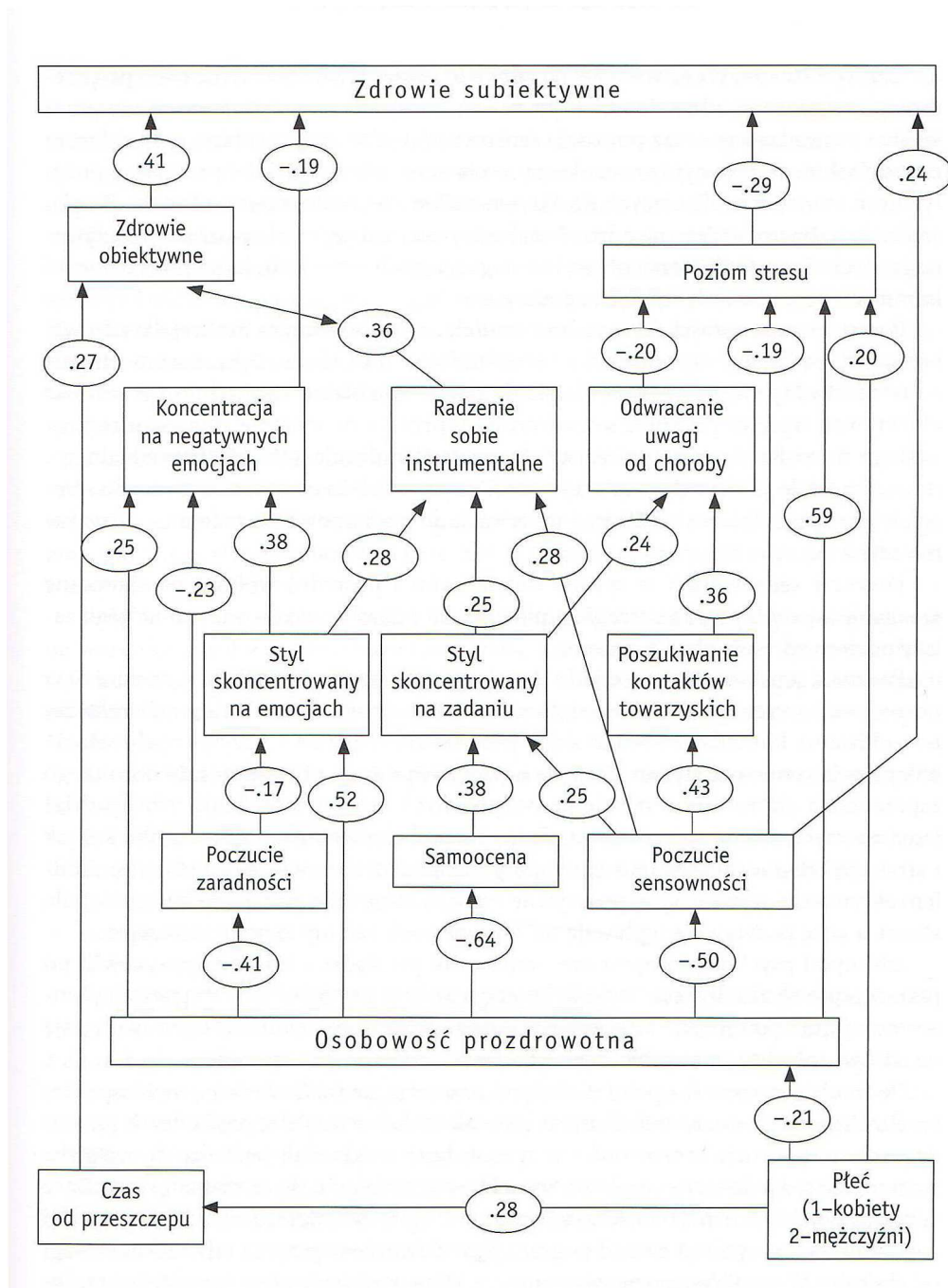
Badania osób po przeszczepie szpiku kostnego ujawniły czwartą ścieżkę dotyczącą negatywnych emocji (rycina 4). Ścieżka ta stanowi zagrożenie dla zdrowia (przez koncentrację na negatywnych emocjach, dodatkowo zasilaną poprzez styl skoncentrowany na emocjach i osobowość lękową) (Wrona-Polańska, 2011, 2016).

Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) wskazuje, że podstawową rolę w kreowaniu zdrowia mają zasoby podmiotowe oraz skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem. Wśród kluczowych zasobów wyróżnia się poczucie koherencji, samoocenę, poczucie tożsamości oraz poczucie kontroli. Znaczenie dla zdrowia mają również zachowania prozdrowotne, a wśród nich głównie pozytywne nastawienie psychiczne oraz świadoma aktywność w tym obszarze. Dla zdrowia przede wszystkim istotne są pozytywne emocje, takie jak poczucie zadowolenia z pracy, czy poczucie osiągnięć. Ścieżce pozytywnych emocji towarzyszy przeświadczenie, że życie ma wartość oraz ważne są działania podejmowane na rzecz zdrowia.

Radzenie sobie ze stresem w FMZ jest funkcją zasobów. Tym, co determinuje radzenie sobie ze stresem jest ich poziom. Wyższy poziom zasobów wiąże się ze stosowaniem zadaniowych strategii, koncentracją na rozwiązywaniu problemów, pozytywnym przewartościowaniem oraz niższym poziomem stresu, jak również wyższą satysfakcją z wykonywanego zadania. Stres rozumiany jest jako przeciwieństwo zdrowia. Stres obrazuje dysproporcje między wymaganiami a możliwościami czyli zasobami jednostki. Brak równowagi pomiędzy wymaganiami a zasobami, czyli wysoki poziom wymagań i niski zasobów, prowadzi do wyższego poczucia stresu. Poziom stresu będzie wskaźnikiem zdrowia lub choroby, co skutkuje niższym poziomem zdrowia człowieka. Zgodnie z FMZ procesy radzenia sobie nie są bezpośrednią konsekwencją doświadczonego stresu, co oznacza, że problem musi być oceniony przez podmiot w odniesieniu do dostępnych zasobów podmiotowych i tylko taka jego ocena aktywuje proces radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2003, 2011, 2017).

Zdrowie zgodnie z FMZ (Wrona-Polańska, 2003, 2011, 2016a) jest procesem dynamicznym. W modelu zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie (dopasowanego do oceny sytuacji i możliwości, którymi dysponuje osoba) poprzez uruchomienie zasobów. Funkcja oznacza występowanie zależności pomiędzy zmiennymi. Zaznaczyć należy, że zmiana jednej zmiennej powoduje zmianę w obrębie innych. Twórcze radzenie "oznacza dobór i stosowanie skutecznych strategii i obron w celu rozwiązania problemu i regulacji emocji" (Wrona-Polańska 2003, s. 96). Wyższy poziom zasobów sprzyja bardziej skutecznym sposobom radzenia sobie ze stresem. Zasoby są czynnikiem buforującym

prowadzącym do zdrowia i wyzwającym nadzieję. Z kolei deficyty w zasobach prowadzą do nieskutecznego radzenia sobie ze stresem i nasilenia negatywnych emocji takich jak lęk. Choroba w tym ujęciu jest funkcją nieskutecznego radzenia sobie ze stresem wynikającego z deficytu w zakresie zasobów. Nieskuteczne radzenie sobie ze stresem oraz niski poziom zasobów lub ich deficyty albo niemożność ich uruchomienia, skutkować będzie chorobą. Sytuacja ta związana jest z doświadczaniem negatywnych emocji i wysokiego poziomu stresu. Z FMZ wynika, że skuteczne radzenie sobie ze stresem oznacza rozwiązywanie problemów oraz regulację emocji, na co wskazują strategie: rozwiązywania problemów, poszukiwania wsparcia i pozytywnego przewartościowania. Dla zdrowia wydaje się być szczególnie ważna strategia pozytywnego przewartościowania. Koncentracja na pozytywnych aspektach wydarzenia pozwala poradzić sobie z negatywnymi emocjami oraz uwalnia pozytywne emocje. Istotna jest zatem aktywność oraz strategia zadaniowego radzenia, jak również regulowanie emocji przez zaprzeczanie lub odwracanie uwagi, poszukiwanie kontaktów towarzyskich, relaks, wypoczynek, kontakt z naturą i kulturą. Formy te wzbudzają pozytywne emocje, co skutkuje budowaniem przekonania, że życie ma sens i warto podejmować wysiłek w celu rozwiązywania problemów życiowych, aby utrzymać zdrowie (Wrona-Polańska, 2011). Kształtowanie zdrowia to przede wszystkim rozwój zasobów, które stanowią jego podstawę. Dlatego też, tak istotne jest promowanie zdrowia już od najmłodszych lat. Kształtowanie zasobów odbywa się w domu, jak również placówkach oświatowych, w przedszkolu i szkole. Zasadnicze znaczenie wśród zasobów mają zasoby podmiotowe, w tym przede wszystkim poczucie koherencji. Jego rozwojowi sprzyja atmosfera spójności, równowaga pomiędzy obciążeniami i ich brakiem oraz uczestnictwo w podejmowaniu decyzji. Tego typu wychowanie pozwala także na kreowanie w dziecku innych zasobów takich jak poczucie kontroli i samooceny. Dla zdrowia bardzo ważne są także zasoby behawioralne (zachowania prozdrowotne) oraz środowiskowe (sprzyjająca rodzina i szkoła). Budowaniu i zachowaniu zdrowia sprzyja stałe pomnażanie zasobów, w taki sposób aby można było odpowiedzieć pozytywnie na stawiane przez społeczeństwo wymagania (Wrona-Polańska, 2009).



Rycina 4. Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) badanych osób po transplantacji szpiku
Źródło: H. Wrona-Polańska 2011, s. 221.

Podsumowując, definiowanie zdrowia zmieniało się od postrzegania go w kategorii braku choroby, po jego holistyczne rozumienie. Zdrowie w modelu biopsychospołecznym ujmowane jest systemowo i utożsamiane z dynamicznym procesem skierowanym na utrzymanie homeostazy (Dolińska-Zygmunt, 2001, Wrona-Polańska, 2003, 2011). Dla

zdrowia rozumianego z perspektywy salutogenetycznej istotne znaczenie mają procesy regulacyjne, które pojawiają się w momencie oddziaływania na osobę stresorów, to od ich działania zależy poziom zdrowia człowieka (Cierpiałkowska, Sęk, 2016a). Psychoneuroimmunologia podkreśla zależność odporności fizycznej od czynników psychologicznych. Tym co zagraża zdrowiu jest stres oraz negatywne emocje. Zdrowie ujmowane w kategoriach dobrostanu, często bywa wiązane z poczuciem satysfakcjonującej jakości życia (Cierpiałkowska, Sęk, 2016b). Według WHO na pojęcie jakości życia składa się: stan psychiczny i fizyczny człowieka, przekonania, relacje z innymi, poczucie niezależności, związek z otoczeniem. Stopień zadowolenia z poszczególnych obszarów będzie wyznaczał poziom jakości życia. Tym co warunkuje holistyczno-funkcjonalne zdrowie jest poziom zasobów jednostki oraz skuteczne radzenie sobie ze stresem. Zdrowie w tym znaczeniu jest funkcją skutecznego radzenia sobie ze stresem poprzez mobilizację zasobów jednostki.

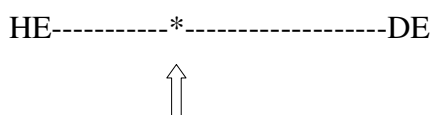
4. Zasoby podmiotowe

4.3. Poczucie koherencji

W kontekście psychologii zdrowia kluczową rolę pełni opracowana przez Aarona Antonovsky'ego salutogentyczna koncepcja zdrowia. Antonovsky, w odróżnieniu od modelu biomedycznego, zadał pytanie o przyczyny zachowania zdrowia mimo występowania stresorów. Poczucie koherencji jest określane jako metazasób (Antonovsky, 1995; Cierpiąłkowska, Sęk, 2016; Heszen, Sęk, 2012; Poprawa, 2001), gdyż pozwala zarządzać innymi zasobami. Poczucie koherencji jest kluczowe w kontekście radzenia sobie ze stresem i zachowania zdrowia.

Zgodnie z koncepcją salutogentyczną naturalnym stanem jednostki jest chwiejna równowaga. Jednostka w sposób ciągły wystawiona jest na działanie bodźców (stresorów), na które reaguje i musi się do nich adaptować, tak żeby utrzymać dynamiczną równowagę procesów życiowych na adekwatnym poziomie dla funkcjonowania (Antonovsky, 1995).

Antonovsky rozumie zdrowie i chorobę w kategoriach kontinuum (rycina 5). Krańce kontinuum stanowi zdrowie i choroba, człowiek zajmuje jego zdaniem określoną pozycję między biegunami (Cierpiąłkowska, Sęk, 2016; Pasikowski, Sęk, 2001).



poziom zdrowia X

Rycina 5. Kontinuum zdrowia i choroby [HE – zdrowie, DE – choroba]

Źródło: H. Sęk 2001, str. 24.

Na to czy osoba będzie przesuwac się w kierunku zdrowia czy choroby wpływają cztery czynniki:

- 1) uogólnione zasoby odpornościowe
- 2) stresory
- 3) styl życia
- 4) poczucie koherencji.

Uogólnione zasoby odpornościowe to wszystkie biologiczne (fizyczne, biochemiczne, genetyczne), psychologiczne (poznawcze, emocjonalne), materialne właściwości osoby, jak również cechy społeczno-kulturowe (wsparcie społeczne, religia, sztuka), które sprzyjają skutecznemu unikaniu lub radzeniu sobie ze stresorami (Antonovsky, 1995; Antonovsky, 1979).

Stresorami Antonovsky określa wymagania, dla których nie ma wypracowanych ani automatycznych odpowiedzi i które są przyczyną stanu napięcia. Stresor w tym rozumieniu, to każdy czynnik, który zaburza funkcjonowanie systemu. Niekoniecznie wprowadza on stres i negatywny stan emocjonalny. Stresory także mogą być źródłem mobilizacji, energii i rozwoju dla człowieka (Antonovsky, 1995; Antonovsky, 1979).

Styl życia w koncepcji Antonovsky'ego jest najmniej zdefiniowany. Przyczyną tego jest fakt, że autor koncepcji jest przeciwny utożsamianiu zdrowia głównie ze stylem życia jednostki. Jednakże wskazuje on również, że poziom zdrowia zależy też od zachowań zdrowotnych, które mogą wzmacniać rozwój zasobów i poczucia koherencji (Antonovsky, 1995; Antonovsky, 1979).

Poczucie koherencji definiowane jest jako: „Ogólna orientacja człowieka wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: 1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter strukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny, 2) ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, 3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky, 1995, str. 34).

Poczucie koherencji składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności-sterowalności, poczucia sensowności (Antonovsky, 1995).

Poczucie zrozumiałości to zmienna poznawcza, która odnosi się do tego w jakim stopniu jednostka odbiera napływające bodźce jako uporządkowane, spójne, zrozumiałe, jasne. Silne poczucie zrozumiałości pozwala napotkaną informację, bez względu na to czy jest pożądana czy nie, określić jako przewidywalną, to oznacza, że pojawiające się sytuacje można zrozumieć i je przewidywać.

Zaradność inaczej określana jako sterowalność jest związana z postrzeganiem dostępnych zasobów jako wystarczających do sprostania wymaganiom stawianym przez napływające bodźce. Osobę, którą cechuje wysokie poczucie zaradności charakteryzuje przekonanie, że wydarzeniom, które spotkają ją w życiu można zaradzić dzięki dostępowi do wewnętrznych zasobów oraz tkwiącym w otoczeniu, aż po sacrum włącznie. To poznawczo-instrumentalny komponent poczucia koherencji.

Sensowność to element poczucia koherencji, wyrażający się przekonaniem człowieka, że życie ma sens, że przynajmniej część problemów i wymagań, które niesie życie, jest warta zaangażowania i wysiłku. Sensowność to wymiar emocjonalno-motywacyjny poczucia koherencji (Antonovsky, 1997). Poczucie sensowności motywuje i stymuluje do poszerzenia zrozumienia doświadczanego świata, w tym trudności oraz motywuje do podejmowania aktywności na rzecz ich rozwiązania w przekonaniu, że warto podjąć wysiłek (Wrona-Polańska, 2003). Poczucie sensu życia znacząco oddziałuje na kondycję psychofizyczną podmiotu - wpływa integrująco przez co wzmacnia zasoby podmiotu (Mastalski, 2018).

Poszczególne elementy poczucia koherencji są ze sobą powiązane. Szczególne znaczenie przypisuje się poczuciu sensowności. Kiedy jest ono wysokie, pozostałe komponenty również mają wyższy poziom, kiedy jest niskie obserwuje się niższy poziom także wśród pozostałych składowych poczucia koherencji (Heszen, Sęk, 2012).

Istotne znaczenie oprócz wyżej wymienionych składowych poczucia koherencji ma wprowadzone przez autora koncepcji pojęcie granic. Granice oznaczają pewien obszar ważny dla funkcjonowania i rozwoju danego człowieka. Obszar ten jest różnej wielkości u konkretnej osoby. Zbyt wąskie granice nie sprzyjają wysokiemu poczuciu koherencji. W obszarze granicznym powinny znaleźć się 4 dziedziny życia:

- życie emocjonalne osoby
- relacje z bliskim otoczeniem
- zasadniczy przedmiot działalności zawodowej
- treści egzystencjonalne (Antonovsky, 1995).

Czynnik granic wskazuje co dla danej osoby w życiu jest istotne. Znaczenie ma fakt, czy jednostka posiada takie sfery życia, które mają dla niej szczególną subiektywną wartość. Granice w ciągu życia mogą ulegać zmianom.

Poczucie koherencji zależy od charakteru pojawiających się zdarzeń życiowych, a mianowicie od ich logiczności, poziomu równowagi w obszarze niedociążeń i przeciążeń, jak również uczestnictwa w decyzjach (Piotrowski, 2010).

Duża liczba badań wskazuje na silny wpływ poczucia koherencji na zdrowie i konstruktywne radzenie sobie ze stresem. Udowodniono także znaczenie poczucia koherencji w zakresie utrzymania, ochrony i powrotu do zdrowia (Sęk, Pasikowski, 2001). Przykładowo badania Guzińskiej, Dziedziul i Rudnik (2014), przeprowadzone wśród pacjentek poddanych radioterapii, wykazały współwystępowanie wyższego poczucia koherencji z wyższym poziomem jakości życia oraz z niższym subiektywnym poczuciem choroby. Wysokie poczucie koherencji wiąże się z mobilizacją jednostki do działania.

W czasie tego działania aktywowane zostają zasoby poznawcze i kompetencje, które pozwalają zmniejszyć wpływ stresorów lub ocenić je jako bodźce pozytywne lub obciążające, ale o charakterze wyzwania. Ocena stresora jako wyzwania skutkuje skutecznym radzeniem sobie ze stresem. Co przekłada się na brak występowania przewlekłego stresu, ubocznych skutków zdrowotnych doświadczania stresu oraz wzrostem zasobów i silniejszym poczuciem koherencji. W przypadku licznych i intensywnych stresorów, niskiego poczucia koherencji i braku zasobów prawdopodobne jest, że napięcie przerodzi się w stres i negatywnie wpłynie na zdrowie. Liczne badania empiryczne wskazują, że poczucie koherencji sprzyja zdrowiu i radzeniu sobie ze stresem (Heszen, Sęk, 2012). Antonovsky poczucie koherencji określa jako "orientację dyspozycyjną", na którą składają się doświadczenia osoby uwarunkowane przez uogólnione zasoby odpornościowe. Zasoby te stanowią podstawę modelu oceny i reakcji na bodźce. Osoby o silnym poczuciu koherencji względnie trwale postrzegają rzeczywistość jako zrozumiałą, sterowalną i sensowną. To powoduje, że wydarzenia zwykle nie są oceniane jako stresujące. Jeśli jednak konieczne jest uruchomienie procesu radzenia sobie z nimi, to przekonanie o możliwości skorzystania ze skutecznych sposobów poradzenia sobie oraz zasadności zaangażowania w ten proces skutkuje większym prawdopodobieństwem pozytywnego rozwiązania niż u osób o niskim poczuciu koherencji (Gruszczyńska, 2002).

4.1. Samoocena

Znaczącym zasobem intrapersonalnym sprzyjającym radzeniu sobie z trudnymi wydarzeniami życiowymi jest pojęcie Ja i samoocena (Sheridan, Radmacher, 1998). W skład Ja wchodzi: własne ciało, struktura Ja, tożsamość, zdolność i gotowość do podejmowania decyzji, zachowań celowych i samokontroli. Ja to niezwykle złożona struktura poznawcza obejmująca samowiedzę podmiotu. Można zatem przyjąć, że "Ja jest luźną strukturą różnych ról i tożsamości społecznych, przekonań na własny temat i samoocen oraz wartości i celów uznawanych za własne" (Wojciszke, Doliński, 2016, s. 316). Ja pełni rolę regulacyjną, stanowi zatem centralny system kierujący zachowaniem i doświadczeniem jednostki (Higgins, 1996). Ja jest złożone z wymiaru podmiotowego i przedmiotowego. Wymiar podmiotowy dotyczy perspektywy z jakiej podmiot patrzy na siebie. Wyróżnia się dwie perspektywy tj. przekonania i wyobrażenia człowieka na temat siebie oraz perspektywa osób z otoczenia, szczególnie rola osób znaczących (wyobrażenia podmiotu na temat tego jak widzą go inni). Na wymiar przedmiotowy składa się Ja realne, Ja idealne oraz Ja

powinnościowe. Rozbieżność pomiędzy Ja realnym a idealnym skutkuje doświadczaniem smutku, rozczarowania czy apatii. Rozbieżność z kolei między Ja realnym a powinnościowym prowadzi do wystąpienia syndromu pobudzenia (wyzwała emocje takie jak niepokój, poczucie winy, wstyd, strach) (Higgins, 1987). Samoocena w znacznej mierze decyduje o motywacji człowieka. Jest zasadniczym komponentem poczucia Ja (Branden, 1988). Samoocenę można rozumieć jako względnie stałą i ogólną cechę (Wojciszke, Doliński, 2016). Dobre mniemanie o sobie pozwala zorientować się w zajmowanej pozycji społecznej, formułować wartościowe cele osobiste, stanowi ono także zabezpieczenie przed lękiem i poczuciem bezradności (immunizacja) (Wojciszke, 2006). Wysoka samoocena wiąże się z oczekiwaniami osiągnięć, te natomiast wpływają na większe zaangażowanie i uzyskiwanie lepszych rezultatów wykonywanego zadania. Pozytywna samoocena sprzyja wyższej jakości kontaktów społecznych (Wojciszke, Doliński, 2016). Pozytywna adekwatna samoocena sprawia, że reakcje jednostki nawet w sytuacjach trudnych charakteryzują się spokojem. Zawyżone lub zaniżone poczucie własnej wartości skłania człowieka do wzmożonego poszukiwania informacji potwierdzających wartość osoby. Pożądane informacje są źródłem pozytywnych emocji i mobilizują do działania, negatywne informacje wiążą się z lękiem, poczuciem winy i demotywują. Pozytywna samoocena redukuje negatywne konsekwencje stresu i wiąże się z dobrą kondycją psychiczną. Ważne jest, żeby samoocena była stabilna. Niestabilna samoocena wiąże się z częstym przeżywaniem negatywnych emocji, których konsekwencją może być choroba, z kolei zawyżona niestabilna samoocena sprzyja obronnym i wrogim zachowaniom, które negatywnie wpływają na budowanie relacji (Kernis, 2003). Samoocena jest ściśle związana z poczuciem szczęścia, niska predysponuje w określonych okolicznościach do wystąpienia depresji. Wysoka samoocena sprzyja bardziej optymistycznemu postrzeganiu skutków stresu czy innych wydarzeń. Wysokie poczucie wartości jest czynnikiem pozwalającym na prognozowanie zdrowia i długowieczności (Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs, 2003). Badania Wrony-Polańskiej (1984) osób chorych na białaczkę wskazały, że zawyżona samoocena oraz nierealistyczny, ale pozytywny obraz siebie badanych prowadził do adaptacji do choroby poprzez akceptację siebie i swojego cierpienia, co skutkowało bardziej efektywnym leczeniem i poprawą zdrowia.

Niska samoocena jak pokazują badania jest jedną z głównych przyczyn poczucia osamotnienia wśród dzieci. Wyższe poczucie osamotnienia wiąże się także z nieśmiałością, wycofaniem, wrażliwością, uległością, napięciem emocjonalnym i tendencją do obwiniania siebie (Oleś, 2006). Konsekwencją może być wystąpienie stanów depresyjnych i pogorszenie zdrowia. Badania nastolatków wykazały, że osoby z niską samooceną charakteryzowały się

słabszym zdrowiem psychicznym i fizycznym, słabszymi perspektywami ekonomicznymi i wyższym poziomem przestępczych zachowań, w stosunku do młodzieży o wysokiej samoocenie (Trześniewski i in., 2006). Poczucie wartości kształtuje się poprzez realizację różnych celów życiowych. Dokonuje się to w wyniku porównania własnych możliwości z systemem własnych standardów (Ja idealne) lub z osiągnięciami innych ludzi (Reykowski, 1976). Poziom samooceny zależy od rozbieżności pomiędzy ocenianymi elementami a wzorcem, z którym osoba się porównuje (Tyszkowa, 1972).

Samoocenę można rozpatrywać na kilku wymiarach: wysoka-niska, adekwatna-nieadekwatna, stała-niestala, pozytywna-negatywna. Równowaga osobowościowa, zdrowie oraz twórcze działania jednostki wiążą się z pozytywną, wysoką i względnie stabilną samooceną (Tyszkowa, 1972). W literaturze rozróżnia się samoocenę globalną i specyficzną. W pierwszym przypadku dotyczy stosunku jednostki do własnej osoby, w drugim aktywności jednostki w różnych dziedzinach życia (Marsh, 1996). Zgodnie z poznawczo-doświadczeniową koncepcją Ja Epsteina osobowość składa się z dwóch kognitywnych systemów przetwarzania informacji. Jeden, zwany racjonalnym, jest dostępny jednostce (jawny), drugi natomiast określony doświadczeniowym, obejmuje procesy zachodzące na poziomie nieświadomym dla osoby (Epstein, 1994, 2006). Systemy te przekładają się z kolei na istnienie dwóch wewnętrznych rzeczywistości tj. jawnej i ukrytej dotyczącej siebie i świata. Sposób zaspokajania przez jednostkę podstawowych potrzeb wpływa na przekonania osoby na temat wyżej wymienionych aspektów rzeczywistości. Podstawowe potrzeby to maksymalizowanie przyjemności i minimalizowanie bólu, potrzeba przynależności, potrzeba utrzymania stabilnego i spójnego systemu pojęć oraz potrzeba podwyższania samooceny. Znaczenie w zakresie zaspokajania potrzeb mają głównie doświadczenia z dzieciństwa, które są silnie powiązane ze znaczącymi osobami, z którymi dziecko łączy bliska relacja. Od stopnia w jakim potrzeby zostały zaspokojone zależy treść poglądów tworzonych przez jednostkę na temat siebie i świata. W odpowiedzi na zaspokojenie poszczególnych potrzeb kształtują się przekonania. W przypadku potrzeby maksymalizowania i minimalizowania bólu budowane jest przekonanie nt. przyjaznego lub wrogiego świata. Stopień zaspokojenia potrzeby przynależności decydował będzie o tym, jak jednostka będzie postrzegała innych ludzi jako pomocnych i godnych zaufania lub jako zagrażających. Natomiast przekonanie, że świat ma sens powstaje w wyniku zaspokojenia potrzeby utrzymania stabilnego i spójnego systemu pojęć. Potrzeba podwyższania samooceny wiąże się z przekonaniem na temat siebie, jednostka może oceniać siebie jako wartościową lub bezwartościową. To przekonanie determinuje z kolei osąd jednostki na temat siebie jako osoby zasługującej na miłość,

kompetentnej, silnej i kierującej się moralnością, czy też osoby o cechach odwrotnych (Epstein, 2003). Jednostka może reprezentować różne postawy względem obiektów rzeczywistości, w tym również do własnego Ja. Samoocena jest tu rozumiana jako pozytywna lub negatywna postawa w stosunku do globalnej oceny siebie (Rosenberg, Simmons, 1972). Ujmując samoocenę w powyższy sposób określa się ją jako jawną tzn. dostępną świadomości podmiotu, wynikającą z autorefleksji jednostki i mogącą być komunikowaną światu zewnętrznemu (Porębiak, 2005). Badania wskazują na związek samooceny ze stanami emocjonalnymi człowieka. Autorzy podkreślają związek wysokiej samooceny globalnej z większą częstotliwością przeżywania afektu pozytywnego w stosunku do negatywnego. Należy zaznaczyć, że samoocena pełni funkcję regulacyjną w zakresie zdrowia psychicznego (Dzwonkowska, 2011; Wrona-Polańska, 2003, 2011). Badania Wrony-Polańskiej (2011) wskazują, że nierealistyczna, czyli obronnie zawyżona samoocena pełni istotną rolę w skutecznym radzeniu sobie ze stresem choroby białaczkowej, mającej do niedawna charakter nieuleczalny. Samoocena jako regulator pełni funkcję motywującą i pośredniczącą w zachowaniu podmiotu, dzięki temu zostaje utrzymana równowaga i integracja w zakresie osobowości i relacji człowiek-świat, co służy kreowaniu zdrowia.

4.2. Poczucie kontroli

Samokontrola to jedna z głównych funkcji Ja. Jak wskazują badania, jest jednym z zasadniczych predyktorów sukcesu życiowego. Samokontrola wydaje się być ograniczonym zasobem. Podlega krótkoterminowemu wyczerpaniu w wyniku pierwotnej konieczności jej zastosowania, nawet jeśli kolejne działania wymagające samokontroli nie są ze sobą spokrewnione (Baumeister i in., 2007). Badania podłużne przeprowadzone na grupie 1000 dzieci od urodzenia do 32 roku życia wskazują, że wyższa samokontrola w dzieciństwie jest predyktorem zdrowia fizycznego, braku uzależnień, dobrej sytuacji finansowej oraz braku problemów z prawem. W innych badaniach przebadano 500 par rodzeństwa, okazało się, że gorsze wyniki osiągały osoby o niższej samokontroli, nawet pochodzące z tej samej rodziny (Terrie, 2011). Poczucie umiejscowienia kontroli wiąże się z podejmowaniem zachowań zdrowotnych i stosowaniem używek wśród młodzieży. Wykazano, że zewnątrzsterowność wiąże się z podejmowaniem zachowań antyzdrowotnych (Strzelecki, Cybulski, Strzelecka, 2009).

Poczucie kontroli i samokontroli spełnia ważną funkcję w radzeniu sobie ze stresem i budowaniu zdrowia, przesądzając o regulacji stosunków człowieka ze środowiskiem zewnętrznym (Wrona-Polańska, 2003). Wyróżnia się kontrolę poznawczą, behawioralną i decyzyjną. Kontrola poznawcza jest związana z wiedzą jednostki na temat własnych stanów, jak również jej środowiska. Wiedza ta ma prowadzić do redukcji niepewności poprzez interpretację wydarzeń oraz poczucie władzy nad światem oparte o rozumienie rzeczywistości, związków między zdarzeniami, otoczenia i innych ludzi oraz przewidywania przyszłości. Kontrola behawioralna, czyli przekonanie jednostki o możliwości wpływu na otoczenie i dokonywanie w nim zmian. Kontrola decyzyjna dotyczy możliwości wyboru alternatywnych form działania (Averill, 1973; Kofta, 2001). Rotter (1975) przedstawił kontrolę jako zgeneralizowane oczekiwania osoby, dotyczące kar i nagród (wzmocnień), które są następstwem specyficznego zachowania w określonej sytuacji. Zgodnie z teorią społecznego uczenia się, jednostka w ciągu swojego życia gromadzi powtarzające się doświadczenia, które wiążą się z wykształconym przekonaniem na temat relacji między zachowaniami, a występującymi po nich wzmocnieniami. W wyniku tego jednostka wyucza się, gdzie należy umieszczać przyczyny owych doświadczeń, w niej samej, czy w sytuacjach zewnętrznych. Jednostki zewnątrzsterowne przyjmują, że nie mają wpływu na swoje życie, które jest zależne od losu, świata, przeznaczenia, ogólnie czynników zewnętrznych. Wyniki badań wskazują, że częstsze wykonywanie badań profilaktycznych i stosowanie się do zaleceń lekarskich wiąże się z zewnętrznym poczuciem kontroli, natomiast angażowanie się w codzienne praktyki zdrowotne i przestrzeganie zasad zdrowego żywienia jest charakterystyczne dla osób o wewnętrznym poczuciu kontroli. Osoby wewnątrzsterowne uważają, że ich los jest zależny od nich, dlatego też noszą w sobie przekonanie, że warto podejmować wysiłek, żeby realizować postawione sobie cele. Rotter kontrolę traktował jako konstrukt jednowymiarowy (Rotter, 1966). Badania wskazują, że wewnętrzne poczucie kontroli wiąże się z wyższą samooceną, wyższym poziomem aspiracji oraz wyższą oceną prawdopodobieństwa osiągnięcia sukcesu. Widoczna też u osób wewnątrzsterownych jest większa niezależność, aktywność, bardziej skuteczne radzenie sobie z problemami i bardziej efektywne poszukiwanie informacji sprzyjających rozwiązaniu trudności (Drwal, 1995; Ryan, Deci, 2000). Konsekwencją poczucia braku kontroli jest bezradność, zagubienie, zniechęcenie i poczucie beznadziejności (Sęk, 1991.). Wewnętrzne poczucie kontroli związane jest z przyjmowaniem większej odpowiedzialności za swoje zdrowie, co przekłada się na jego wyższy poziom (Borys, 2010). Ponadto badania wykazały, że wewnętrzne poczucie kontroli sprzyja podejmowaniu działań zaradczych przeciw

chorobom i wypadkom. Osoby prowadzące zdrowy styl życia są bardziej aktywne prozdrowotnie, odczuwają większą odpowiedzialność za swoje zdrowie i są mniej skłonne wierzyć we wpływ przypadku (Kościelak, 2010).

Istotnym wkładem w zakresie badania poczucia kontroli jest propozycja Bryanta. Autor ten na podstawie syntezy koncepcji kontroli pierwotnej, wtórnej oraz kontroli zdarzeń odczuwanych jako pozytywne lub negatywne, wyróżnił cztery mechanizmy kontroli. Mianowicie mechanizm: unikania, zmagania się, utrzymywania oraz doznawania. Mechanizmy te umożliwiają sprawowanie kontroli nad zdarzeniami, nad emocjami, które są rezultatem zdarzeń, jak również kontroli nad własnymi emocjami, które mogą być pozytywne lub negatywne. Unikanie mieści się w ramach kontroli pierwotnej i uruchamiane jest w momencie oceny sytuacji jako negatywnej i podjęcia decyzji o wprowadzeniu zmian. Zmaganie się to mechanizm kontroli wtórnej związany z klasyfikacją zdarzeń jako negatywnych, związany z przeświadczeniem o konieczności zmian w zakresie wewnętrznych odczuć, sądów i umiejętności. Utrzymywanie znajduje się w obszarze kontroli pierwotnej i dotyczy świadomości podmiotu o osobistych zdolnościach i możliwościach zmiany otoczenia w celu osiągnięcia pozytywnych zdarzeń. Mechanizm doznawania to wynik kontroli wtórnej, odnosi się do doświadczania pozytywnych zdarzeń i sytuacji, w rezultacie przeżywania pozytywnych emocji (Bryant, 1989). Zdaniem Bryanta utrzymywanie i doznawanie w istotny sposób kształtują zdrowie psychiczne. Natomiast zmaganie się i doznawanie umożliwiają sprawowanie kontroli behawioralnej i poznawczej (Bryant, Veroff, 1984).

Poczucie kontroli jest ważne przede wszystkim, wtedy kiedy podmiot musi zareagować w sytuacjach nowych, obciążających, trudnych czy niepewnych, ogólnie określanych jako stresogenne. W sytuacjach znanych, powtarzalnych, kiedy zachowanie jest automatyczne, świadomość kontroli danej sytuacji nie jest istotna w takim stopniu, jak dotyczy to sytuacji zagrażającej. Przykładowo w sytuacji zagrożenia, kiedy jednostka dysponuje wysokim poczuciem kontroli, rezultatem może być potraktowanie sytuacji jako wyzwania, co w konsekwencji spowoduje zmniejszenie poziomu lęku charakterystycznego dla tego typu wydarzeń (Folkman, Lazarus, 1980). Poczucie kontroli to zasób niezwykle istotny w zakresie zachowania zdrowia psychicznego i fizycznego. Poczucie kontroli jest ważnym zasobem mającym wpływ na podejmowane działania przez osobę w tym obszarze. W sytuacji kiedy człowiek zostaje pozbawiony kontroli przez niespodziewany i krótkotrwały okres wówczas intensywnie próbuje ją odzyskać. Zwykle pojawia się reakcja

gniewu, odebrana możliwość wydaje się jeszcze bardziej atrakcyjna i podejmowane są próby jej odzyskania i ogólnie uzyskania kontroli nad sytuacją. W momencie kiedy brak możliwości kontroli przedłuża się w czasie może pojawić się stan wyuczonej bezradności (Wojciszke, 2001).

Utrata kontroli przez jednostkę nad własnym zachowaniem i jego rezultatami została określona prawie pół wieku temu przez M. Seligmana (1975) jako wyuczona bezradność. Początkowo podmiot podejmuje aktywność na rzecz odzyskania sprawowania kontroli, jednocześnie w jego zachowaniu obserwowana jest uległość i bierność. Zjawisko wyuczonej bezradności wiąże się z deficytami na poziomie poznawczym, emocjonalnym i wolicjonalnym. W pierwszym przypadku występują zaburzenia w zakresie rejestrowania (przyswajania) i przetwarzania informacji, m.in. problemy z pamięcią, uwagą czy myśleniem. W drugim z odczuwaniem emocji pozytywnych, przeważają negatywne o pasywnym charakterze takie jak: smutek i stany depresyjne. W trzecim dominuje wycofanie z działania, brak motywacji do podjęcia wysiłku w celu zmiany sytuacji w wyniku poczucia braku kontroli nad wynikami podejmowanego zachowania (Seligman, 1967). Przejściowe trudności u większości osób nie powodują stresu. Zagrożenie pojawia się przede wszystkim w momencie, kiedy stres ma charakter stały. Przewlekłe przeciążenie doprowadza do wykształcenia przeświadczenia o braku możliwości jego kontroli, jak również jego nieprzewidywalności. Do takich niepewnych warunków trudno się adaptować, co skutkuje wyuczoną bezradnością (Mietzel, 2001).

4.4. Wsparcie społeczne

Przyjaciele i znajomi w znacznym stopniu wpływają na poczucie szczęścia człowieka, prawdopodobnie nawet w większej mierze niż współmałżonek. Zakłada się, że jest to związane z tym, że relacje z osobami tej samej płci są wzorcowe. Szczęście, pozytywne uczucia i zdrowe zachowania są z dużą intensywnością przekazywane w sieciach społecznych. Aż o 25% wzrasta szansa na szczęście jednostki, jeśli posiada ona w swoim otoczeniu szczęśliwego przyjaciela (Flower, Christakis, 2008). Można zatem wnioskować, że podobnie jest w przypadku pozostałych, w tym negatywnych emocji, przekonań i zachowań ludzie przejmują je wzajemnie od siebie.

Badania Pennebaker (1990) wykazały, że zwierzanie się innym sprzyja zdrowiu człowieka. Osoby, które ujawniają swoje emocje, sekrety i krzywdy względem samych siebie

i innych mają sprawniej reagujący układ immunologiczny, lepiej funkcjonują psychicznie i rzadko chorują. O mechanizmie katharsis mówił już Freud.

Pojęcie wsparcia społecznego jest wieloznaczne. Można je rozpatrywać jako:

- a) antycypowaną pomoc dla podmiotu lub grupy w stresogennej sytuacji, z którą trudno poradzić sobie indywidualnie;
- b) postawę obejmującą udzielanie pomocy innym osobom w powrocie do równowagi psychicznej lub przeciwdziałania jej utracie;
- c) informacje zwrotne dające poczucie, że jest się szanowanym, obdarzonym zainteresowaniem oraz uczestnikiem konkretnej sieci interakcji, którą łączą wzajemne zobowiązania;
- d) zasoby pochodzące od innych lub możliwość wzajemnej ich wymiany (Kirenko, Byra, 2008).

Wsparcie społeczne "jako zasób ma charakter funkcjonalny, zależy od zasobów podmiotowych, a realizowane jest w relacjach z ludźmi, dlatego często jest zaliczane do zasobów społecznych. Stanowi pomost między zasobami podmiotowymi i społecznymi w zmaganiu się ze stresem" (Wrona-Polańska, 2011, s. 139).

W literaturze rozróżnia się najczęściej wsparcie strukturalne i funkcjonalne oraz wsparcie otrzymywane i spostrzegane.

Wsparcie strukturalne jest rozumiane jako dostępność sieci społecznych, które poprzez kontakty społeczne, więzi i przynależność stają się pomocne dla człowieka w sytuacjach trudnych. W tym ujęciu wsparcie społeczne jest definiowane jako "obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji (...), czyli działają na rzecz dobra swoich członków" (Sęk, Cieślak, 2011, s. 15).

Wsparcie społeczne w ujęciu funkcjonalnym jest rozpatrywane jako dynamiczna interakcja społeczna podejmowana w sytuacji stresowej. Podczas interakcji następuje jednokierunkowa lub dwukierunkowa wymiana informacji, stanów emocjonalnych, sposobów działania czy środków materialnych. Mówi się w tym przypadku o osobie wspierającej, poszukującej, odbierającej albo otrzymującej wsparcie. Interakcja ta ma na celu redukcję stresu, zaradzenie sytuacji problemowej w wyniku wytworzenia poczucia przynależności, wzajemności, bliskości, bezpieczeństwa i nadziei. Ze względu na treści podlegające wymianie podczas interakcji społecznej opisuje się różne rodzaje wsparcia: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, materialne (rzeczowe) i duchowe. Wsparcie emocjonalne to pomoc oparta na

relacji w ramach, której przekazywane są emocje uspokajające oraz okazywana jest troska, akceptacja oraz zainteresowanie stanem drugiej osoby. Osoby wspierane w interakcji mają możliwość redukcji napięcia i negatywnych stanów emocjonalnych. Odpowiednie wsparcie wzbudza uczucie nadziei w osobie wspieranej. Wsparcie informacyjne (poznawcze) polega na wymianie informacji pozwalających lepiej zrozumieć doświadczany problem czy okoliczności. W ten rodzaj wsparcia wpisane są również komunikaty dotyczące efektywności podejmowanych czynności zaradczych oraz wymiana doświadczeń pomiędzy osobami z podobnymi przeżyciami. Wsparcie instrumentalne obejmuje informacje o określonych metodach działania (wymiana sposobów radzenia sobie, uzyskiwania informacji czy środków materialnych). Wsparcie rzeczowe inaczej nazywane materialnym opiera się na pomocy finansowej, rzeczowej, materialnej, to również wszelkie fizyczne formy pomocy dla potrzebujących. Wsparcie polegające na pomocy w sytuacji cierpienia duchowego dotyczącego sensu życia i cierpienia określane jest duchowym (Heszen, Sęk, 2012; Sęk, Cieślak, 2011).

Wsparcie spostrzegane to wiedza i przekonania podmiotu na temat możliwości otrzymania pomocy (instytucje, miejsca, osoby) w trudnej sytuacji oraz jego dostępności, czyli poczucie wsparcia. Percepcyjne ujmowanie wsparcia dotyczy rodzaju i ilości otrzymywanej pomocy (Sęk, Cieślak, 2011), określane również aktualnym wsparciem (Goodwin, Costa, Adonu, 2004). W tym podejściu wsparcie jest rozumiane jako struktura poznawcza, a nie cecha interakcji, opiera się na poczuciu podmiotu bycia wspieranym przez osoby z otoczenia (Ratajczak, 1994), czy przekonaniu o dostępności wsparcia (poczucie braku dostępności będzie rozumiane jako deficyt) (Heszen, Sęk, 2012). Człowiek, który poszukuje wsparcia kieruje się do osób z bliższego i dalszego otoczenia. Sieć interakcji społecznych osoby przekłada się na sieć wsparcia społecznego (Ratajczak, 1994). Badania ostatnich lat pokazują, że psychologiczna odporność na stres, zdrowy styl życia oraz wsparcie społeczne są silnie powiązane z długością telomerów i wydaje się, że czynniki te mogą chronić jednostkę przed skutkami stresu w postaci skracania się telomerów (Puterman, Epel, 2012). Sieć wsparcia tworzy zatem system wzmacniający psychofizyczny dobrostan podmiotu (Turska, 2008). Wyjaśniając oddziaływanie wsparcia społecznego w sytuacji stresu pomocne są dwa sposoby rozumienia, pierwszy oparty na efekcie głównym (bezpośrednim), drugi na efekcie buforowym (Sęk, Cieślak, 2011).

W pierwszym ujęciu zakłada się, że wsparcie działa bezpośrednio na stresory. Pomimo doświadczania stresu, wsparcie korzystnie wpływa na funkcjonowanie człowieka, daje mu poczucie przynależności. Zaznacza się także profilaktyczne działanie wsparcia

bezpośredniego, jednostka dzięki niemu może unikać w przyszłości sytuacji problemowych (Łosiak, 2012; Sęk, 1997).

Hipoteza buforowa mówi, że wsparcie może minimalizować negatywne skutki stresu. Jest to rezultat zmiany percepcji zaistniałej sytuacji, wsparcie daje poczucie zaradności osobie, w konsekwencji jej samoocena wzrasta (Sęk, Cieślak, 2011). Wsparcie w tym przypadku spełnia rolę ochronną, może być rozumiane jako czynnik buforujący niekorzystne skutki oddziaływania stresu (Ślebarska, 2010).

W literaturze przedmiotu rodzina jest podawana jako czołowe źródło wsparcia (Kawczyńska-Butrym, 1994) szczególnie w sytuacji choroby (Kurowska, Kościelna, 2008). W chorobie wsparcie może pełnić rolę pozytywną i negatywną. Jak wskazują badania przeprowadzone wśród kobiet chorych na raka piersi, wiele spośród nich zgłasza deficyty w zakresie wsparcia emocjonalnego (głównie dotyczące osoby męża, kolejno lekarzy i duchownych, kolegów z pracy, przyjaciół i pielęgniarek). Osoby te deklarowały poczucie braku zrozumienia ze strony bliskich, rozluźnienia relacji z powodu choroby i oddalenia emocjonalnego od wspierających, potrzebę ciepła i podmiotowego traktowania. Ciekawy jest fakt, że 20% badanych twierdziło, że są wspierane emocjonalnie w nadmiarze, głównie przez rodzinę. Zarzucały im nadopiekuńczość przejawiająca się w nadmiernym zainteresowaniu ich stanem psychicznym i fizycznym, co kolidowało z pojawiającą się czasową potrzebą samotności i spokoju (Rębiałowska-Stankiewicz, 2004). Funkcjonowanie w rodzinie może być ważnym czynnikiem wspierającym, ale także źródłem stresu. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia jeśli pod uwagę bierze się perspektywę, że człowiek jest związany z życiem (kontekstem) rodzinnym od narodzin aż do śmierci (Plopa, 2005).

Podsumowując, dla zdrowia ważna jest możliwość nawiązywania wspierających relacji społecznych, ale też uczestniczenia w nich, szczególnie istotne jest wsparcie spostrzegane. To na ile osoba czuje, że jest wspierana przez innych będzie przekładało się na jej poczucie zdrowia oraz radzenie sobie w stresowej sytuacji. Poczucie wsparcia wzmacnia poczucie zdrowia i stanowi swego rodzaju potencjał do skutecznego radzenia sobie ze stresem. Wsparcie w trudnej sytuacji może być pomocne w zachowaniu zdrowia lub powrocie do niego. Rodzina to ważne źródło wsparcia, szczególnie w sytuacji choroby, kiedy osoby utożsamiają się z bliską osobą i doświadczają podobnych emocji, w sytuacji wysokiego poziomu lęku, zarówno u osób wspierających jak również chorych trudne jest wzbudzenie pozytywnych ważnych dla zdrowia emocji takich jak nadzieja (Wrona-Polańska, 2011).

4.6. Poczucie własnej skuteczności

Istotne znaczenie w kontekście rezultatów podejmowanych czynności w ramach aktywności zdrowotnej ma poczucie skuteczności, poczucie zagrożenia i formułowane oczekiwania (Dolińska-Zygmunt, 2000).

Według Bandury (1986) podejmowane zachowania są zależne od oczekiwań dotyczących ich rezultatu oraz poczucia własnej skuteczności. Wymienia trzy składowe o charakterze poznawczym, które razem prowadzą do powstania intencji zmiany zachowania tj.

- 1) przekonanie, że dana sytuacja jest zagrażająca,
- 2) przekonanie o tym, że wprowadzenie zmiany zachowania zminimalizuje znacząco niebezpieczeństwo,
- 3) przekonanie o dysponowaniu odpowiednimi kompetencjami umożliwiającymi podjęcie aktywności.

Decyzja o zmianie zachowania zależy od bilansu strat i korzyści wynikających z wprowadzenia zmiany.

Znaczącym determinantem zachowań zdrowotnych jest poczucie własnej skuteczności. Na poczucie własnej skuteczności składają się doświadczenia życiowe dotyczące umiejętności postrzegania związków między zachowaniem a jego efektami, doświadczenia pośrednie związane z obserwacją zachowania innych osób i wyciąganiem wniosków w kontekście swoich predyspozycji, informacje zwrotne na temat swoich zdolności, ocena pobudzenia fizjologicznego w danej sytuacji oraz własnej możliwości jej kontrolowania. Poczucie skuteczności ma istotne znaczenie podczas określenia celu aktywności, wytrwałości w jego realizowaniu, jak i atrybucji przyczyn osiągnięć i niepowodzeń powziętych oraz planowanych czynności (Bandura, 1977, 2007).

Poczucie własnej skuteczności, jak wskazuje dostępna literatura, może być rozpatrywane na trzech poziomach zmiany zachowania, dlatego też wskazuje się na różne rodzaje poczucia własnej skuteczności. Można znaleźć podział własnej skuteczności na:

- 1) poczucie własnej skuteczności podczas inicjowania zachowania,
- 2) poczucie własnej skuteczności podczas utrzymywania zachowania,
- 3) poczucie własnej skuteczności w czasie unikania nawrotów.

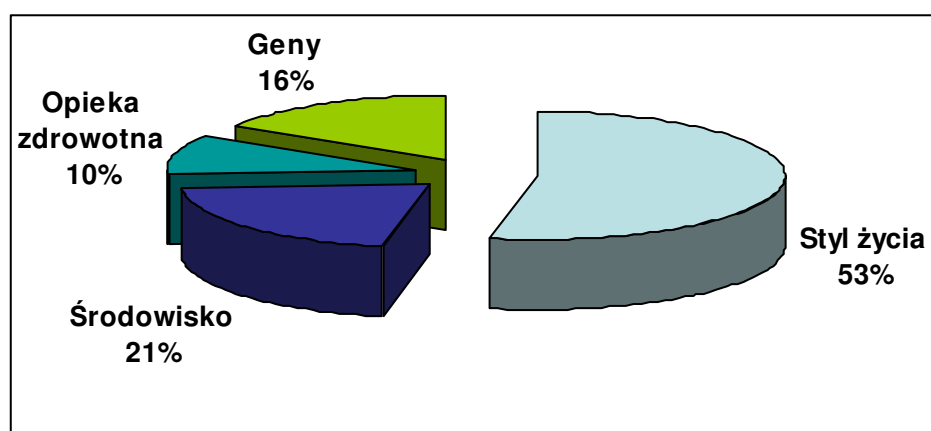
Poczucie skuteczności podczas inicjowania zachowania wiąże się z pozytywnymi przekonaniami dotyczącymi możliwości zmiany zachowania. Przekonanie, że realne jest pokonanie przeciwności na drodze do celu towarzyszy zarówno w czasie inicjowania, jak

i utrzymywania zachowania. Przekonanie to prowadzi do odczuwania pozytywnych emocji w wyniku postrzegania danej sytuacji jako wyzwania. Własna skuteczność podczas unikania nawrotów uwidacznia się w przekonaniu osoby, że nawet w sytuacji powrotu do dawnych szkodliwych zachowań jest ona w stanie ukierunkować swoją aktywność na dojście do wyznaczonego celu. Ważne, że te trzy rodzaje własnej skuteczności nie muszą ze sobą współwystępować, co oznacza, że silne poczucie skuteczności na jednym etapie niekoniecznie będzie wiązało się z równie wysoką skutecznością na kolejnym etapie osiągania celu (Łuszczynska, Schwarzer, 2008). Poczucie skuteczności pozwala na dokonanie właściwej oceny sytuacji oraz na skuteczne radzenie sobie z trudnościami (Dolińska, 2000).

4.5. Styl życia i zachowania zdrowotne a zdrowie

Rozwój cywilizacji jest silnie związany z pojawieniem się chorób przewlekłych, które jak wskazują badania są w znacznym stopniu zdeterminowane przez styl życia oraz środowisko człowieka. W wyniku powyższej sytuacji nastąpił rozwój działań profilaktycznych i promocyjnych w obszarze ochrony zdrowia.

Klasyczne już doniesienia Lalonde'a w postaci raportu "A new prospective on the health of Canadians " opublikowane w 1974 roku wskazują, że opieka medyczna nie jest najważniejszym czynnikiem w zakresie ochrony zdrowia. Raport sugeruje, że są cztery pola zdrowia: opieka zdrowotna, dziedziczenie, środowisko i styl życia. W tym najbardziej znaczący w kontekście zachowania zdrowia, jest styl życia i środowisko. Wyniki przedstawia rycina 6 (Lalonde, 1974).



Rycina 6. Pola zdrowia na podstawie raportu Lalonde'a .

Źródło: opracowanie własne wg. Lalonde 1974.

Raport ten zwrócił uwagę, podobnie jak The Black Report opracowany w 1980 r. w Wielkiej Brytanii, że ważne determinanty zdrowia mieszczą się poza opieką zdrowotną. Idee te zostały również wyrażone w deklaracji WHO Alma-Ata. W 1986 roku podczas Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie zwrócono uwagę, że promocja zdrowia ma zasadnicze znaczenia dla osiągnięcia celów zdrowotnych na całym świecie. W ten sposób w konsekwencji WHO sformułowało cel "Zdrowie dla wszystkich w 21 wieku" co oznacza, że każda osoba powinna osiągnąć swój pełny potencjał zdrowia (Irvine, Elliot, Wallace, Crombie, 2006).

Opublikowanie powyższych raportów związane jest z początkiem paradygmatu socjoekologicznego, który utożsamiany jest również z narodzinami koncepcji nowego zdrowia publicznego, jak również promocji zdrowia (Kickbusz, 2003). Podejście to akcentuje potrzebę rozpoznania społecznych źródeł zachowań zdrowotnych w relacji do wzorów codziennego funkcjonowania. Paradygmat wskazuje, że ich odkrycie może stanowić klucz do zrozumienia przyczyn zachowań ryzykownych, jak również prozdrowotnych. Dodatkowo zwrócił uwagę na fakt występowania nierówności społecznych w zakresie zdrowia. Podkreślono, że osoba w zależności od pozycji zajmowanej w społeczeństwie ma różny dostęp do służby zdrowia, wśród czynników społecznych zostały wymienione: płeć, dochód, wykształcenie czy wiek. Przede wszystkim paradygmat ten uwidacznia, nie tyle nierówny dostęp do opieki zdrowotnej ze względu na status społeczny, co możliwość realizowania zdrowego stylu życia (Słońska, 2010).

Sęk (2008, str. 543) definiuje styl życia jako "charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych uwarunkowanych cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi".

Psychologiczne czynniki warunkujące zdrowy styl życia nazywa się ogólnie "odpornością na stres". Pojęcie to dotyczy skutecznego radzenia sobie ze stresem, co przekłada się na rozumienie sytuacji stresujących w kategoriach wyzwania. Ważny jest optymizm, poczucie własnej kontroli, poczucie koherencji oraz pozytywne relacje z otoczeniem (Rogowska, Wojciechowska-Maszkowska, Adamska, 2006).

Styl życia w rozumieniu socjologicznym można opisać jako określoną przestrzeń, kategorię kultury, w ramach której porusza się osoba znajdująca się na danym poziomie w schemacie stratyfikacji społecznej. Na styl życia składają się również zachowania werbalne i niewerbalne, na podstawie, których inni mogą utożsamić jednostkę z daną grupą społeczną.

To także sposoby radzenia sobie z trudnościami, niebezpieczeństwami i wymaganiami świata (Korporowicz, 2004) .

Prozdrowotny styl życia to celowe czynności podejmowane przez człowieka w celu pomnożenia swojego potencjału zdrowotnego oraz wykluczenia działań niesprzyjających mu. Działania prozdrowotne są bardzo zróżnicowane, nie ma jasności, które są ważniejsze, używa się pojęcia prozdrowotne style życia, termin ten podkreśla ich zróżnicowane układy. Ogólnie wśród zachowań prozdrowotnych można wyróżnić cztery grupy:

- 1) zachowania związane głównie ze zdrowiem (troska o ciało i najbliższe środowisko, ruch, świadomy sposób żywienia, dbałość o sen i odporność),
- 2) zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (skuteczne radzenie sobie ze stresem i umiejętność jego unikania, zdolność brania i dawania wsparcia społecznego),
- 3) zachowania prewencyjne (badania profilaktyczne, samokontrola w zakresie zdrowia, prozdrowotne zachowania w życiu codziennym oraz na poziomie życia seksualnego),
- 4) niepodejmowanie zachowań ryzykownych (unikanie używek - palenia tytoniu i alkoholu, unikanie nadmiaru leków i innych środków psychoaktywnych) (Wojnarowska, 2013).

Istnieje wiele definicji zachowań zdrowotnych. Puchalski pisze, że określenie zachowania zdrowotne cechuje złożoność i różnorodność, zatem trudno zdefiniować ogólne jego znaczenie (Puchalski, 1990).

Zagadnienie zachowań zdrowotnych należy aktualnie do głównych obszarów badawczych w wielu dyscyplinach naukowych m.in. w psychologii, medycynie, pedagogice, socjologii. Jest to wynik aktualnej wiedzy o ich wpływie na zdrowie człowieka. Jak twierdzą niektórzy autorzy, można zapobiec występowaniu wielu chorób jedynie poprzez zmianę zachowań (Targowski, Stankiewicz-Choroszucha 2005).

W psychologii zdrowia najczęściej odwołuje się do rozumienia zachowań zdrowotnych jako prozdrowotnych i antyzdrowotnych oraz intencjonalnych czynności zdrowotnych. Prozdrowotne zachowania to takie, które sprzyjają zachowaniu i powrotowi do zdrowia, antyzdrowotne natomiast zagrażają mu i mogą prowadzić do choroby, określa się je jako ryzykowne. Podejście to ujmuje zachowania zdrowotne w oparciu o wiedzę obiektywną (dane epidemiologiczne i medyczne) przedstawiającą ich zależność ze zdrowiem. Zależność ta może być pośrednia i bezpośrednia (Heszen, Sęk, 2012).

Związek bezpośredni dotyczy subiektywnie odczuwanego wpływu danego zachowania na samopoczucie (zdrowie osoby). Wpływ pośredni zachowań interpretuje się różnorako. Może wiązać się z czynnościami, które poprawiają samopoczucie psychiczne przez co również oddziałują na fizyczne lub odwrotnie np. poprzez zadbanie o porządek

w swoim otoczeniu. Pośredni związek może także przybrać formę odroczoną w czasie i ukrytą. Jest to zależność obiektywna np. podejmowanie aktywności fizycznej, która korzystnie wpływa na sylwetkę, jednocześnie pozytywnie oddziałuje na pracę organizmu, który staje się bardziej odporny. Istotny jest fakt, że prozdrowotne i antyzdrowotne schematy zachowań mogą być przekazywane w toku socjalizacji, co będzie skutkować powielaniem ich przez kolejne pokolenia. Mówi się wówczas o aspekcie społeczno-kulturowym tychże zachowań (Heszen, Sęk, 2012).

Zachowania celowe związane ze zdrowiem na ogół są podejmowane w przełomowych momentach - rozwojowych lub realnego zagrożenia chorobą (Chodkiewicz, 2005). Zasadnicze znaczenie ma przede wszystkim przekonanie osoby o wadze danego zachowania dla zdrowia. Przekonania te są powiązane z doświadczeniem, wiedzą, osobowością oraz stanem zdrowia jednostki (Heszen, Sęk, 2012).

W literaturze przedmiotu zachowania zdrowotne określane są także jako zachowania promujące zdrowie. Termin ten podkreśla znaczenie ukierunkowania działań przez osobę na budowanie potencjałów zdrowia, czyli zasobów sprzyjających zdrowiu w znaczeniu behawioralnym. Takie zachowania przybierają formę intencjonalnej i świadomej decyzji, przekładającej się na funkcjonowanie człowieka tak, aby utrzymywać i wzmacniać swoje zdrowie (Wrona-Polańska, 2003).

Badania dowiodły, że zachowania zdrowotne stanowią jeden z głównych elementów stylu życia oraz wyznaczników poziomu zdrowia u młodzieży studiującej (Buławska, Talaga, Lubińska-Żądło, 2005; Pietryga-Szkarłat, 2017).

Reasumując, kluczowe znaczenie dla zdrowia oraz zmagania się ze stresem ma poczucie koherencji, które traktowane jest jako metazasób. Według Antonovsky'ego (1995) dla zachowania zdrowia ważna jest zdolność zachowania równowagi procesów życiowych w momencie oddziaływania na niego stresorów. Zasobem, który sprzyja kreowaniu zdrowia jest samoocena, która reguluje zachowanie człowieka i pozwala na utrzymanie równowagi i integracji osobowości oraz relacji człowiek - otoczenie (Wrona-Polańska, 2011). Codzienne zachowania podejmowane na rzecz swojego zdrowia wiążą się z wewnętrznym poczuciem kontroli. Osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli charakteryzuje przeświadczenie o wpływie na swoje życie i gotowość do podejmowania wysiłku w celu osiągnięcia celów. Poczucie kontroli, podobnie jak poczucie skuteczności przekłada się na bardziej efektywne zmaganie się ze stresem przez co sprzyja zdrowiu człowieka. W sytuacji stresu szczególne

znaczenie ma poczucie wsparcia ze strony innych, czyli przekonanie o możliwości i dostępności uzyskania wsparcia (Sęk, Cieślak, 2011). Wyższe poczucie wsparcia wzmacnia zdrowie człowieka. W kontekście utrzymania zdrowia ważna jest promocja w społeczeństwie prozdrowotnego stylu życia. Podsumowując, zasoby stanowią potencjał osoby do uruchomienia zewnętrznej i wewnętrzpsychicznej aktywności mającej na celu utrzymanie zdrowia.

CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

5. Przebieg badań

5.1. Teoretyczny model badania

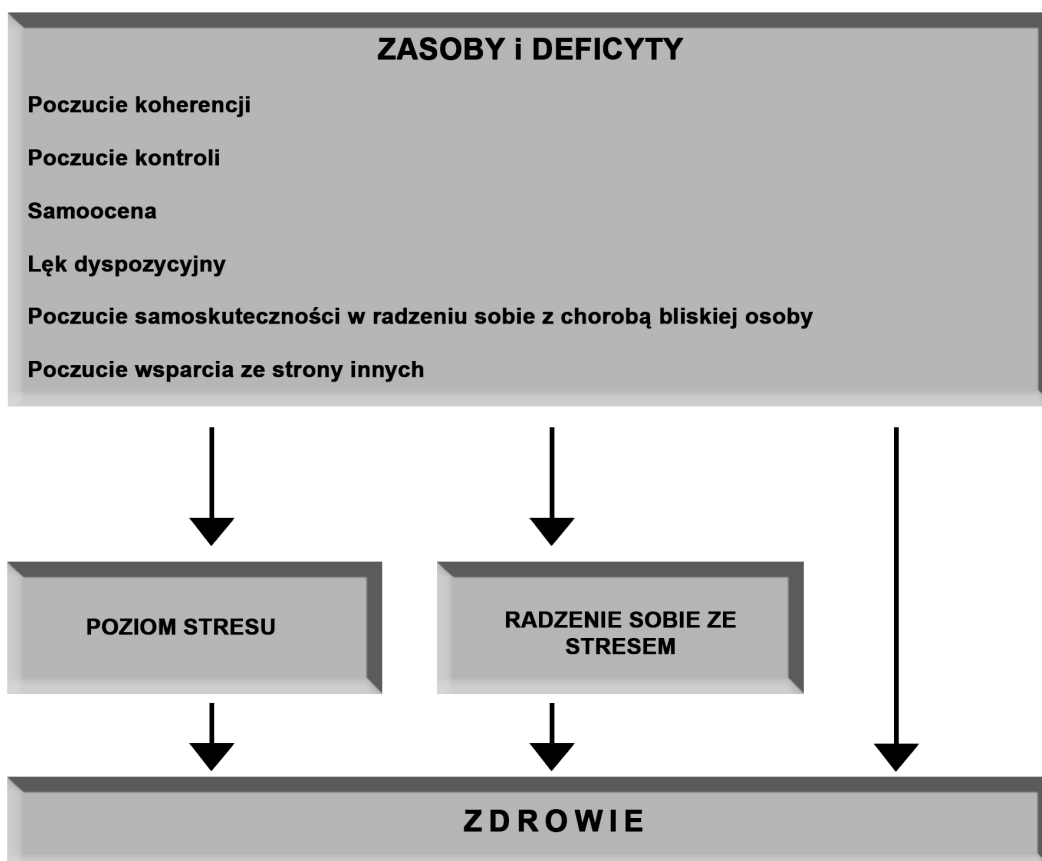
Model badawczy opiera się na Funkcjonalnym Modelu Zdrowia (FMZ) Heleny Wrony-Polańskiej (Wrona-Polańska, 2003, s. 209). FMZ wskazuje na szczególną rolę zasobów w radzeniu sobie z trudną sytuacją. W oparciu o FMZ zakłada się występowanie związku pomiędzy poziomem zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę, sposobami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem zasobów podmiotowych.

Z praktyki klinicznej wynika, że pomocy w zakresie radzenia sobie wymaga nie tylko pacjent, ale również jego bliscy. W ramach badań prowadzonych wśród chorych na białaczkę zaobserwowano, że duże problemy w obszarze radzenia sobie z zaistniałą sytuacją choroby zgłaszają także bliscy pacjenta. Stąd też wynikała motywacja do przeprowadzenia badań w ramach niniejszej rozprawy. Celem pracy było poznanie psychologicznych mechanizmów i uwarunkowań zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. W oparciu o uzyskane wyniki sformułowano wnioski aplikacyjne użyteczne w udzielaniu wsparcia i pomocy psychologicznej dla osób bliskich wspierających chorych na białaczkę.

Podjęte badania miały stanowić możliwości weryfikacji zastosowania Funkcjonalnego Modelu Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003) do badania osób bliskich wspierających chorych na białaczkę w celu wyjaśnienia psychologicznych mechanizmów zdrowia tych osób.

W pracy zostało przyjęte założenie, że zdrowie osób bliskich wspierających chorych na białaczkę warunkowane jest przez stosowanie skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem. Efektywne sposoby radzenia sobie stresem z punktu widzenia zdrowia powinny zapewnić niższy poziom stresu i wyższy poziom zdrowia.

Zdrowie zgodnie z FMZ jest funkcją twórczego radzenia sobie. Twórcze radzenie sobie ze stresem wiąże się zgodnie z holistyczno-funkcjonalnym modelem zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2011) ze stosowaniem dostosowanych do oceny poznawczej i elastycznych sposobów radzenia sobie, sprzyjających rozwiązaniu problemu, gdzie istotną rolę odgrywają zasoby jednostki. Przyjęty w pracy model badawczy przedstawiono na rycinie 7.



Rycina 7. Dostosowany do celów niniejszej pracy Model Zdrowia i jego uwarunkowań
Źródło: opracowanie własne na podstawie H. Wrony-Polańskiej 2003, s. 100.

5.2. Pytania i hipotezy badawcze

W odniesieniu do powyższego modelu pojawia się następujące pytanie badawcze:
Jakie psychologiczne mechanizmy decydują o skutecznym radzeniu sobie ze stresem i utrzymaniu zdrowia przez osoby wspierające chorych na białaczkę?

Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2011) przyjęto założenie, że zdrowie oznacza przeciwieństwo stresu.

Za Wroną-Polańską (2003, s. 101) przyjęto, że "zdrowie ... jest funkcją twórczego, a zarazem skutecznego radzenia sobie ze stresem (funkcja jest tutaj rozumiana w sensie matematycznym jako zależność między zmiennymi, przy czym zmiana jednej wartości pociąga za sobą zmianę innej)". Jak wynika z Funkcjonalnego Modelu Zdrowia skuteczne radzenie sobie ze stresem uwarunkowane jest przez zasoby podmiotowe i sytuacyjne, które również bezpośrednio wpływają na zdrowie (Wrona-Polańska, 2003).

Na podstawie Funkcjonalnego Modelu Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, 2011) przyjęto następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza pierwsza (H1):

Zdrowie osób bliskich wspierających chorych na białaczkę jest funkcją skutecznego radzenia sobie ze stresem.

(H1/1) Wyższy poziom zdrowia wiąże się z niższym poziomem przeżywanego stresu.

(H1/2) Wyższy poziom zdrowia wiąże się ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem tj. wyższym poziomem stylu skoncentrowanego na zadaniu i niższym stylu skoncentrowanego na emocjach.

Hipoteza druga (H2):

Skuteczne radzenie sobie ze stresem przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę jest funkcją zasobów podmiotowych.

(H2/1) Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem stresu.

(H2/2) Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się ze skutecznym radzeniem sobie tj. stosowaniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu. Niższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach.

Hipoteza trzecia (H3):

Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z wyższym poziomem zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę.

Bliskie osoby pacjentów chorujących na białaczkę doświadczają szczególnego rodzaju stresu, z którym radzą sobie w różny sposób w zależności od indywidualnej percepcji sytuacji oraz osobowych możliwości, czyli zasobów. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, 2011) osoby charakteryzujące się wysokim poziomem zasobów będą skutecznie radziły sobie z ową trudną sytuacją i odznaczały się wyższym poziomem zdrowia.

5.3. Zmienne i ich operacjonalizacja

W celu zweryfikowania hipotez zostały wyszczególnione następujące zmienne:

Zmienna wyjaśniana:	Zdrowie
Zmienne wyjaśniające:	Poziom stresu
	Style radzenia sobie ze stresem
	Poczucie koherencji
	Poczucie kontroli
	Samoocena
	Lęk dyspozycyjny
	Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej
	Poczucie wsparcia ze strony innych

Wskaźnik czasu jaki upłynął od diagnozy choroby bliskiej osoby

Zakłada się dwukierunkowość związków pomiędzy wymienionymi zmiennymi.

Do badania zdrowia została wykorzystana operacyjna definicja zdrowia Wrony-Polańskiej (Wrona-Polańska, 2003 s.116) składająca się z siedmiu wskaźników tworzących ogólną zmienną zdrowie. W niniejszych badaniach wykorzystano pięć wskaźników zdrowia: poczucie zdrowia, poczucie spokoju, poczucie jakości życia, poczucie braku zmęczenia, udział w życiu społecznym. Wymienione wskaźniki składają się na ogólną zmienną zdrowie. W grupie badanej nie było możliwe określenie zdrowia obiektywnego z powodu braku dostępu do tego typu danych np. informacji medycznych. Dlatego też w celu określenia zdrowia posłużono się wyżej wymienionymi wskaźnikami. Wskaźniki te zostały uprzednio zweryfikowane empirycznie przez Wronę-Polańską (2003), wykazano wówczas ich zasadną i istotną funkcję w holistycznym rozumieniu zdrowia.

Przyjęte w pracy wskaźniki tworzą ogólną zmienną zdrowie, pomiędzy wskaźnikami zdrowia przeprowadzono analizę interkorelacji, która wykazała, że wskaźniki wiążą się ze sobą w sposób istotny statystycznie (tabela 6).

Zgodnie z przyjętym za podstawę teoretyczną Funkcjonalnym Modelem Zdrowia wskaźnikiem stresu jest lęk. W związku z powyższym za Wroną-Polańską (2011) poziom

stresu w badanej grupie był oceniany na podstawie wyników skali X-1 (lęk - stan) Inwentarza STAI.

Pozostałe zmienne (style radzenia sobie oraz zasoby) zostały zmierzone za pomocą dostępnych narzędzi badawczych. Poczucie wsparcia ze strony innych, poczucie samoskuteczności, subiektywny poziom stresu (mierzony skalą szacunkową) oceniono na podstawie wywiadu standaryzowanego.

W celu lepszego zrozumienia omawianej problematyki w pracy dokonano analizy jakościowej. Materiał do analizy jakościowej został zebrany za pomocą wywiadu standaryzowanego.

W tabeli 1 przedstawiono badane zmienne oraz sposób ich operacjonalizacji.

Tabela 1. Zmienne i ich operacjonalizacja

Zakres tematyczny	Grupa zmiennych	Zmienne	Narzędzia badawcze
Zdrowie	Zdrowie	Poczucie zdrowia	Wywiad standaryzowany - wynik sumaryczny oraz w odrębnych skalach służących do badania wskaźników zdrowia
		Poczucie spokoju	
		Poczucie jakości życia	
		Poczucie braku zmęczenia	
		Udział w życiu społecznym	
Stres	Poziom stresu	Poziom stresu	STAI - wynik w skali X-1 (lęk jako stan)
	Subiektywny poziom stresu	Subiektywny poziom stresu	Wywiad standaryzowany - wynik w skali szacunkowej
Style radzenia sobie ze stresem	Style radzenia sobie ze stresem	Styl zadaniowy	CISS - wyniki w skalach kwestionariusza
		Styl emocjonalny	
		Styl unikowy	
		Angażowanie się w czynności zastępcze	
		Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	
Zasoby i deficyty	Poczucie koherencji	Poczucie koherencji	SOC - 29 - wynik sumaryczny oraz w odrębnych skalach kwestionariusza
		Poczucie zrozumiałości	
		Poczucie zaradności	
		Poczucie sensowności	
	Poczucie kontroli	Poczucie kontroli	Kwestionariusz Spostrzegania Kontroli Własnego Życia F. Bryanta - wynik sumaryczny oraz w odrębnych skalach kwestionariusza
		Unikanie	
		Zmaganie się	
		Utrzymywanie	
	Poczucie wsparcia ze strony innych	Poczucie wsparcia ze strony innych	Wywiad standaryzowany - wynik sumaryczny
		Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej	
	Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej	Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej	Wywiad standaryzowany - wynik sumaryczny (w tym wynik w skali szacunkowej)
	Lęk dyspozycyjny	Lęk dyspozycyjny	STAI - wynik w skali X-2 (lęk jako cecha)
	Samoocena	Samoocena	SES - wynik ogólny w skali

5.4. Procedura badawcza

Badania były przeprowadzone indywidualnie wśród osób dorosłych wspierających chorych na białaczkę Katedry i Kliniki Hematologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz podopiecznych Fundacji Urszuli Smok "Podaruj życie". Badaniem zostały objęte osoby bliskie (rodzina pacjenta), które wspierały pacjentów z diagnozą białaczki, pacjentów przygotowywanych do przeszczepu szpiku kostnego oraz pacjentów po zabiegu przeszczepienia szpiku kostnego. Badania były prowadzone od stycznia 2016 roku do maja 2017 roku. Badania wiązały się z wieloma trudnościami m.in. z tym, że dostęp osób badanych był problematyczny, ze względu na ich niską dostępność.

Badania miały charakter indywidualny i anonimowy. Każda osoba otrzymywała informację o badaniu, a po wyrażeniu zgody na udział w nim informację o możliwości uzyskania zwrotnej relacji dotyczącej wyników badań. Przebadano 100 osób. Zestaw kwestionariuszy obejmował sześć technik badawczych. Wypełnianie arkuszy przeciętnie zajmowało 50 minut. Podstawową metodę badań stanowił wywiad standaryzowany, który trwał do 60 minut.

5.5. Techniki badawcze

5.5.1. Techniki do badania zdrowia

Wywiad standaryzowany

Wywiad standaryzowany skonstruowany został w oparciu o Kwestionariusz Wydarzeń Stresowych (KWS) H. Wrony-Polańskiej (2003 s. 308-312). Wywiad służył do badania zdrowia obejmującego 5 wskaźników zdrowia tj.: poczucie zdrowia, poczucie spokoju, poczucie jakości życia, poczucie braku zmęczenia, udział w życiu społecznym. Ponadto wywiad został użyty do zebrania informacji dotyczących oceny własnej samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej, poczucia wsparcia ze strony innych, poziomu stresu, jak również zmiennych demograficznych i biograficznych (płeć, wiek, czas jaki upłynął od diagnozy choroby u bliskiej osoby, sytuacja zdrowotna badanych). Badani byli także proszeni o dokończenie zdań dotyczących rozumienia zdrowia, stresu, choroby. Skale szacunkowe wykorzystane w badaniu zostały zaczerpnięte z KWS Wrony-Polańskiej (2003). Wywiad wraz z kluczem zamieszczono w aneksie (załącznik 1 i 1a). Uzyskana wyniki z wywiadu zostały opracowane ilościowo i jakościowo.

Skala służąca do badania zdrowia jest zbudowana z 5 podskal badających:

1. Poczucie zdrowia – składa się z 7 pytań obejmujących subiektywne poczucie zdrowia i wskaźniki fizyczne zdrowia.
 - jedno pytanie ma postać skali, której krańce oznaczają odpowiednio: chory
 - zdrowy. Pod stwierdzeniami znajdują się cyfry w porządku wzrastającym od 1 do 10. Cyfry 1 i 10 oznaczają skrajne nasilenie cechy. Badany ma zaznaczyć, w którym miejscu aktualnie się znajduje, jednocześnie jest proszony o uzasadnienie swojego wyboru;
 - pozostałe itemy to pytania jednokrotnego wyboru np.: „Jak oceniasz swój obecny stan zdrowia?”.
2. Poczucie spokoju – składa się z 3 pytań:
 - jedno pytanie ma charakter dziesięciostopniowej skali szacunkowej. Krańce skali oznaczone zostały następująco: nerwowy – spokojny. Badany był proszony o zaznaczenie na linii cyfry, która jego zdaniem odzwierciedla najlepiej jego obecny stan, jak również proszono o uzasadnienie swojego wyboru;
 - pozostałe itemy to pytania jednokrotnego wyboru np. „Jak często doświadczasz uczucia spokoju?”.
3. Poczucie jakości życia – zawiera 2 pytania:
 - jedno pytanie ma charakter skali szacunkowej, gdzie krańce skali oznaczają: oceniam swoje życie jako nieudane – oceniam swoje życie jako satysfakcjonujące. Badana osoba jest proszona o zaznaczenie na skali cyfry, która najlepiej odzwierciedla jej aktualny stan oraz uzasadnienie swojego wyboru;
 - drugie pytanie jest jednokrotnego wyboru.
4. Poczucie braku zmęczenia – na pomiar tego wskaźnika składają się 4 pytania
 - jedno w postaci skali szacunkowej – której krańce oznaczają: odczuwam zmęczenie – jestem wypoczęty;
 - pozostałe pytania są jednokrotnego wyboru np. „Czy odczuwasz aktualnie większe zmęczenie niż zwykle?”.

5. Udział w życiu społecznym - obejmuje 4 pytania - jedno to skala szacunkowa, a pozostałe to itemy jednokrotnego wyboru np. "Jak często spotykasz się ze znajomymi?".

Uzyskany dla narzędzia badającego poczucie zdrowia na podstawie wyników badanej grupy współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł ,813.

5.5.2. Techniki do badania poziomu stresu i radzenia sobie ze stresem

Inwentarz Stanu i Cechy lęku (ISCL- STAI) C. D. Spilbergera, J. Strelau, M. Tysarczyk i K. Wrześniewskiego - skala X-1

Do określenia przeżywanego stresu wśród osób wspierających chorych na białaczkę użyto skali lęku X-1 Inwentarza Stanu i Cechy lęku (ISCL) służącej do pomiaru lęku jako stanu. Skala X-1 zawiera 20 twierdzeń.

Budowa STAI opiera się na rozróżnieniu między lękiem jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki, a lękiem cechą. Lęk jako stan charakteryzuje się dużą zmiennością jest to spowodowane oddziaływaniem różnego rodzaju czynników zagrażających. Właściwości psychometryczne techniki są zadowalające (Sosnowski, Wrześniewski, Jaworowska, Fecenec, 2006).

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Norman S. Endler, James D.A Parker

Kwestionariusz CISS N.S. Endlera i J.D.A. Parkera, w adaptacji J. Strelau, A. Jaworowskiej, K. Wrześniewskiego, P. Szczepaniaka (2009) służy do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się z 48 pozycji dotyczących różnych zachowań ludzi w sytuacjach stresowych. Badany określa na pięciostopniowej skali Likerta częstotliwość, z jaką podejmuje określone działania. Każda ze skal składa się z 16 pozycji i pozwala uzyskać od 16 do 80 punktów. Wyniki ujmowane są na trzech skalach dotyczących stylu skoncentrowanego na zadaniu (SSZ), stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE), stylu skoncentrowanego na unikaniu (SSU) mogącego przyjmować dwie formy tj. angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

5.5.3. Techniki do badania zasobów

Skala SES

Skala Samooceny SES została skonstruowana w 1965 roku przez M. Rosenberga. Jest popularnym narzędziem służącym do pomiaru samooceny globalnej. Polska adaptacja Skali Samooceny została przeprowadzana przez I. Dzwonkowską, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łagunę (2008). Skala zbudowana jest z 10 twierdzeń. Osoba badana ma zadanie ustosunkować się do poszczególnych twierdzeń na skali 4-stopniowej, czy zgadza się z poszczególnym stwierdzeniem czy też nie.

Ogólny wynik skali stanowi suma punktów uzyskanych w poszczególnych twierdzeniach i waha się od 1 punktu (krańcowo zaniżona samoocena) do 40 punktów (samoocena maksymalna).

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego.

Poczucie koherencji zbadano za pomocą kwestionariusza SOC-29. Kwestionariusz obejmuje 29 pytań, które odnoszą się do różnych aspektów życia. Poczucie koherencji jest orientacją człowieka, która wg. Antonovsky'ego jest kluczowa dla zachowania i pomnażania zdrowia. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń na 7-stopniowej skali, przy czym krańce skali oznaczają: 1- nigdy nie mam takiego poczucia, 7- zawsze mam takie poczucie.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej obejmuje trzy podskale:

- poczucia zrozumiałości (PZR), skala ta zawiera 11 pytań i pozwala na uzyskanie od 11 punktów do 77 punktów,
- poczucia zaradności (PZ), składa się z 10 pytań i pozwala na uzyskanie od 7 punktów do 70 punktów,
- poczucie sensowności (PS), zawiera 8 pytań i pozwala na uzyskanie od 8 punktów do 56 punktów.

Suma wyników poszczególnych podskal składa się ogólny poziom koherencji. Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania wynosi 203 punkty (Antonovsky, 1995).

Inwentarz Stanu i Cechy lęku (ISCL- STAI) C. D. Spilbergera, J. Strelau, M. Tysarczyk i K. Wrześniewskiego - skala X-2

Do pomiaru lęku jako cechy zastosowano skalę X-2 Inwentarza Stanu i Cechy lęku (ISCL-STAI). Skala ta pozwala określić poziom lęku dyspozycyjnego. Niski jego poziom rozpatrywany jest w kategoriach zasobu, wysoki natomiast deficytu.

Lęk jako cecha rozumiany jest jako względnie stała dyspozycja wewnętrzna jednostki do reagowania na obiektywnie niegroźne sytuacje jako zagrażające. Podkreślano wyuczony charakter lęku i wiązano go z wczesnym okresem dzieciństwa, a przede wszystkim relacją między dzieckiem i rodzicami (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska, Fecenec, 2011).

Kwestionariusz Spostrzegania Kontroli Własnego Życia F. Bryanta

Kwestionariusz Spostrzeganej Kontroli Własnego Życia F. Bryanta (1989) składa się z 15 pytań, do których badany ma ustosunkować się na skalach szacunkowych (4,5 i 7 punktowych). Metoda zawiera 4 podskale oparte na 4 czynnikowym modelu spostrzeganej kontroli Bryanta:

- unikanie
- zmaganie się
- utrzymywanie
- doznawanie.

Polska wersja została opracowana przez Instytut Psychologii Stosowanej UJ.

Poczucie wsparcia ze strony innych

Pięć pozycji wywiadu standaryzowanego służyło do diagnozy poczucia wsparcia ze strony innych. Obliczony współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha wyniósł 0,690. Analiza ilościowa została uzupełniona przez analizę jakościową czterech itemów (w celu wywiad zawierał dodatkowe 3 pytania). Celem analizy jakościowej było poznanie źródeł wsparcia oraz oczekiwań osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Treść pozycji, klucz i liczba możliwych do uzyskania wyników została umieszczona w aneksie (załącznik 1 i 1a).

Poczucie własnej skuteczności w zmaganiu się chorobą osoby bliskiej

Do oceny poczucia własnej skuteczności w zmaganiu się z chorobą osoby bliskiej służyły trzy pozycje wywiadu standaryzowanego. Obliczony współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha wyniósł 0,695. Jeden item miał postać skali szacunkowej, osoby badane były proszone o podanie uzasadnienia dokonanego wyboru na skali, uzyskane wyniki zostały

opracowane jakościowo. Treść pozycji, klucz i liczbę możliwych do uzyskania wyników zamieszczono w aneksie (załącznik 1 i 1a).

5.6. Opis zastosowanej statystycznej analizy danych

Przedmiotem przeprowadzonych analiz statystycznych było zweryfikowanie przyjętego w badaniach modelu zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Model został oparty na Funkcjonalnym Modelu Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, 2011), który stanowił podstawę teoretyczną niniejszej pracy.

Charakterystyki zmiennych dokonano na podstawie wyników stenowych. Dla zmiennych, które nie posiadały norm (poczucie zdrowia, poczucie spokoju, poczucie braku zmęczenia, udział w życiu społecznym, poczucie jakości życia, poczucie kontroli, poczucie koherencji, poczucie wsparcia, poczucie samoskuteczności) wyniki przeliczono na steny według kryteriów podanych przez Brzezińskiego. W przypadku niektórych zmiennych, jako uzupełnienie wyników ilościowych, przeprowadzono analizę jakościową.

W związku z tym, że rozkład zmiennych odbiegał od normalnego do weryfikacji postawionych hipotez zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana (test nieparametryczny). Rozkład normalności sprawdzano za pomocą testu Shapiro-Wilka oraz testu Kołomogorowa-Smirnowa. Model badawczy został sprawdzony za pomocą regresji liniowej wielokrotnej metodą wprowadzania. Przed zastosowaniem analizy regresji uprzednio zweryfikowano czy dane spełniają założenia umożliwiające jej wykonanie. Wyniki testowania założeń ujawniły, że dane spełniają kryteria pozwalające na wykorzystanie modelu regresji. Według Bedyńskiej i Książek (2012) analiza regresji radzi sobie z zakłóceniami w zakresie normalności rozkładu.

Do statystycznej analizy danych użyto pakietu Statistica oraz SPSS.

5.7. Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 100 osób wspierających chorych na białaczkę, 68 osób przebadano na terenie Katedry i Kliniki Hematologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum podczas odwiedzin osób chorych, pozostałe 32 osoby uczestniczące w badaniu to podopieczni Fundacji Urszuli Smok "Podaruj życie". 56 badanych to osoby, których bliscy przeszli zabieg transplantacji szpiku, w przypadku pozostałych osób tj. 44 - bliscy byli w trakcie leczenia

białaczki, przed kwalifikacją lub zabiegiem przeszczepienia. Statystyki opisowe i charakterystykę grupy badanej ze względu na płeć, wiek, czas radzenia sobie z chorobą osoby bliskiej, relacje z osobą chorą przedstawia tabela 2 i 3.

Tabela 2. Wartości statystyk opisowych w badanej grupie zmiennych: wiek i czas jaki upłynął od diagnozy choroby osoby bliskiej

	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
Wiek (lata)	47,22	47	13,58	21	77
Czas jaki upłynął od diagnozy choroby osoby bliskiej (miesiące)	26,32	21	25,53	0,8	72

Tabela 3. Charakterystyka grupy badanej ze względu na płeć i charakter relacji z osobą chorą

Płeć	Kobiety: 66 osób Mężczyźni: 34 osoby
Charakter relacji z osobą chorą	Współmałżonek: 37 osób Partner: 6 osób Rodzic: 30 osób Dziecko: 16 osób Rodzeństwo: 11 osób

W grupie badanej przeważały kobiety (66 osób). Średnia wieku wynosiła 47 lat przy odchyleniu standardowym 13,58. Wskaźnik czasu zmagania się z chorobą osoby bliskiej wyniósł średnio 2 lata przy odchyleniu standardowym 25,53. Najczęściej osoby wspierały współmałżonka (37 osób) lub rodzica (30 osób).

6. Wyniki badań własnych

6.1. Charakterystyka zdrowia i jego wskaźników

6.1.1. Zdrowie osób badanych - ogólna zmienna zdrowie

Ogólna zmienna zdrowia została zooperacjonalizowana za pomocą 5 wskaźników tj. poczucia zdrowia, poczucia spokoju, poczucia jakości życia, poczucia braku zmęczenia, udziału w życiu społecznym. Każdy ze wskaźników zdrowia został opisany przez wynik ogólny, na który składały się poszczególne pozycje kwestionariusza oraz wynik zmierzony na skali szacunkowej. Suma wskaźników zdrowia stanowiła ogólną zmienną zdrowie osób bliskich wspierających chorych na białaczkę.

Wartości podstawowych statystyk opisowych dla zmiennej zdrowie i jej wskaźników zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Podstawowe statystyki opisowe dla ogólnej zmiennej zdrowie i jej wskaźników - wyniki surowe

	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
Ogólna zmienna zdrowie	51,62	43,00	27,41	20	119
Poczucie zdrowia	22,10	22,00	4,85	10	36
Poczucie spokoju	11,94	12,00	3,22	6	20
Poczucie jakości życia	6,98	8,00	2,57	2	12
Poczucie braku zmęczenia	12,58	11,00	4,00	5	25
Udział w życiu społecznym	9,23	9,50	2,87	3	19

Wyniki w zakresie ogólnej zmiennej zdrowie rozkładają się proporcjonalnie. 1/3 badanych ocenia swoje zdrowie jako wysokie. Wyniki ilustruje tabela 5.

Tabela 5. Rozkład wyników dla ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe

	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych
Ogólna zmienna zdrowie	Niski	1-4	30%
	Średni	5-6	36%
	Wysoki	7-10	34%

Tabela 6 ilustruje współczynniki korelacji pomiędzy zmienną zdrowie, a jej wskaźnikami.

Tabela 6. Współczynniki korelacji pomiędzy zmienną zdrowie a jej wskaźnikami

Wskaźniki zdrowia	Zdrowie
Poczucie zdrowia	,827**
Poczucie spokoju	,724**
Poczucie jakości życia	,699**
Poczucie braku zmęczenia	,773**
Udział w życiu społecznym	,674**

N=100, $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

Na podstawie uzyskanych wyników (współczynnika korelacji pomiędzy wskaźnikami zdrowia a ogólną zmienną zdrowie) można stwierdzić, że największy udział w ogólnym wskaźniku zdrowia w grupie badanej ma poczucie zdrowia oraz poczucie braku zmęczenia, natomiast najmniejszy - udział w życiu społecznym (tabela 6).

Tabela 7. Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikami zdrowia

Zmienne	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Udział w życiu społecznym
Poczucie zdrowia					
Poczucie spokoju	,541**				
Poczucie jakości życia	,488**	,420**			
Poczucie braku zmęczenia	,591**	,396**	,403**		
Udział w życiu społecznym	,413**	,465**	,482**	,450**	

N=100, $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

Przeprowadzone korelacje wykazały istnienie statystycznie istotnych związków pomiędzy wszystkimi wskaźnikami zdrowia (tabela 7).

Kolejno w celu pogłębienia wyników oraz lepszego rozumienia mierzonej zmiennej zdrowie dokonano analizy metafor odnoszących się do zdrowia. Rezultaty analizy przedstawiono poniżej.

Stwierdzenia osób wspierających chorych na białaczkę stanowiące zakończenie zdania "Zdrowie jest jak" wskazują, że zdrowie w grupie badanej wiązane jest z:

- najcenniejszą i najważniejszą wartością umożliwiającą realizację celów osobistych i zawodowych (46 % badanych) (zdrowie jest jak ... "najcenniejszy skarb", "wartość, której nie można przecenić", "jest najważniejsze w życiu", "jest jak życie", "najlepsza rzecz niezbędna do życia"),
- stanem zmiennym i łatwym do stracenia (32% badanych) (zdrowie jest jak "jak bańka na wodzie, dziś jest, a jutro go nie ma", "wielka niewiadoma", "jak gołąb siedzący na parapecie, jest, a za chwilę go nie ma", "ruletka", "coś o co trudno dbać"),
- szczęściem (22% badanych) (zdrowie jest jak.... "szczęście", "narkotyk", "szczęście, bez niego nie ma radości").

Odpowiedzi osób będące dokończeniem zdania "Moje zdrowie ..." zostały podzielone na następujące grupy odnoszące się do aktualnego stanu zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę jako:

- stan nie dający satysfakcji (44% badanych) (Moje zdrowie ... "nie jest dobre", "mogłoby być lepsze", "zaczyna się sypać", "nie jest zadowalające", "martwi mnie", "słabe", "wisi na włosku"),
- stan dający satysfakcję (31% badanych) (Moje zdrowie ... "jest w dobrej formie", "pozwala mi normalnie funkcjonować", "jest zadowalające", "ogólnie-dobre"),
- stan niezależny od kontroli jednostki (25% badanych) (Moje zdrowie ... "nie zawsze zależy ode mnie", "niewiadoma", "jak huśtawka - zależy od pogody").

1/3 badanych zaznaczyła dodatkowo w zakończeniu zdania, że ich zdrowie stanowi dla nich dużą wartość (Moje zdrowie ... "jest bardzo dla mnie ważne", "to mój skarb", "jest na wagę złota", "jest najważniejsze, bo kto będzie zajmował się rodziną", "to moje życie").

Badano również czy i w jaki sposób zmieniło się zainteresowanie zdrowiem osób wspierających chorych na białaczkę od czasu diagnozy choroby u osoby bliskiej. Osoby badane proszono o uzasadnienie wybranej odpowiedzi - wyniki przedstawiono w tabeli 8. 1/3 badanych deklaruje, że zainteresowanie zdrowiem wzrosło od momentu zachorowania bliskiej osoby. Głównym powodem wzrostu zaangażowania w sprawy zdrowotne jest niepokój dotyczący możliwości zachorowania lub chęć zachowania zdrowia na dobrym poziomie, aby można było wspierać bliską chorą osobę. Wzrost ten objawia się u większości osób badanych głównie na poziomie poznawczym - myśli o swoim zdrowiu, nie znajduje natomiast odzwierciedlenia w podejmowanych przez osoby badane zachowaniach na rzecz zdrowia. U podobnej ilości osób zainteresowanie zdrowiem zmalało, głównie z powodu braku czasu, czy koncentracji na bliskiej chorej osobie.

Tabela 8. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Moje zainteresowanie swoim zdrowiem od momentu zachorowania bliskiej mi osoby: ..."

Odpowiedź	Uzasadnienie wyboru odpowiedzi	Procent badanych
WZROSŁO - zaczęłam/ąłem bardziej interesować się stanem swojego zdrowia i dbać o nie	"...ze strachu, że nie wytrzymam kondycyjnie", "...strach przed chorobą", "...chcę być w formie dla córki", "...jestem potrzebny córce", "...obserwuję siebie, zrobiłam badania ze strachu przed chorobą, bo mam żyć dla syna", "...chce być zdrowy by wspierać bliską mi osobę", "...gdy są jakieś symptomy idę do lekarza, wcześniej tak nie robiłam", "...bardziej obawiam się o zdrowie", "...boję się o swoje zdrowie"	35%
NIE ZMIENIŁO SIĘ - wcześniej dbałem na takim samym poziomie	"...nie chcę myśleć, że coś mogłoby mi się stać, wolę nie widzieć jak mi coś jest", "...wydaje mi się, że dobrze troszczę się o siebie", "...nie widzę potrzeby zmiany", "...nic mi nie jest, dbam jak zawsze", "...czasem lepiej nie wiedzieć - zawsze tak uważałem", "...wystarczy tak jak dbam", "...jedna choroba w rodzinie to aż dość, boję się sprawdzać", "...teraz zajmuję się żoną"	36%
ZMALAŁO- mniej dbam o swoje zdrowie	"...przestało mieć wartość, liczy się zdrowie brata", "...brak czasu", "...nie mam czasu, dużo obowiązków", "...bo nie mam czasu dla siebie, teraz zajmuję się mężem", "...nie mam czasu dla siebie - chory tato, rodzina, praca", "...nie interesuję się za bardzo sobą"	29%

W przypadku kiedy osoba deklarowała, że jej zainteresowanie zdrowiem wzrosło równocześnie proszona była o podanie działań na rzecz swojego zdrowia, które ten wzrost odzwierciedlają. Osoby badane wskazywały, że:

- częściej niż wcześniej myślą o swoim zdrowiu (15%)
- w sytuacji gorszego samopoczucia fizycznego starają się od razu zażyć środki farmakologiczne (11%)
- częściej korzystają z konsultacji lekarskich (6%)
- starają się lepiej odżywiać (5%)
- podejmują aktywność fizyczną (6%).

6.1.1.1. Poczucie zdrowia - wskaźnik zdrowia

Wyniki dotyczące poczucia zdrowia wśród osób wspierających chorych na białaczkę przedstawia tabela 9. Ponad 2/3 badanych osób odznacza się dobrym i bardzo dobrym poczuciem zdrowiem.

Tabela 9. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie zdrowia wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe

			Poczucie zdrowia - wynik ogólny	Poczucie zdrowia - wynik ze skali szacunkowej
Poczucie zdrowia - wskaźnik zdrowia	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych	Procent badanych
	Niski	1-4	29%	20%
	Średni	5-6	37%	46%
	Wysoki	7-10	34%	34%

Jednym z pytań służących do badania poczucia zdrowia była skala szacunkowa. W celu zobrazowania wyników ze skali szacunkowej przeprowadzono analizę jakościową wypowiedzi badanych. Wypowiedź stanowiła uzasadnienie wyboru oceny poziomu poczucia zdrowia. W nawiasie przy wypowiedziach zamieszczono wyniki uzyskane na skali szacunkowej.

Osoby badane, które deklarowały na skali szacunkowej wysoki poziom zdrowia podawały jednocześnie następującą argumentację: "Bo nic mi nie dolega oprócz anemii" (7), "Nie mam objawów - problem z sercem, ale mało znaczący w stosunku co choroby żony" (7), "Mam dolegliwości, ale zażywam leki i ich nie odczuwam"(7), "Niestety dopadły mnie już

pewne choroby, ale nie poddaję się im i wciąż staram się żyć jak człowiek zdrowy. Mimo bólu chodzę do pracy, opiekuję się mamą, ja to jestem zdrowy jak patrzę na nią" (8), "Ponieważ jestem osobą zdrową, ale cierpię na nadciśnienie i przyjmuję lekarstwa dwa razy dziennie" (9), "Badam się co roku i jestem zdrowy." (10), "Dobrze się czuję nic mi nie dolega" (10).

Powyższe wypowiedzi wskazują, że niektóre osoby badane oceniały wysoko swój poziom zdrowia mimo odczuwanych dolegliwości fizycznych. Badani uzasadniali swoje wysokie oceny zachowaną sprawnością fizyczną i brakiem trudności mimo występowania objawów somatycznych choroby. Osoby badane prawdopodobnie w obliczu choroby nowotworowej osoby bliskiej bagatelizują doświadczane dolegliwości. Wysoki poziom zdrowia wiązany też był przez badanych z ogólnym dobrym samopoczuciem.

O średnim poziomie zdrowia świadczyły następujące wypowiedzi: "Posiadam kilka chorób przewlekłych. Często muszę wykonywać badania, korzystać z wizyt kontrolnych, monitorować stan zdrowia" (5), "Mam chory kręgosłup, jestem po operacji tarczycy i mam rozregulowane hormony" (5), "Mam dyskopatię kręgosłupa i problemy ze sercem" (5), "Ciągła praca, brak urlopu, stres, nadwaga. Trudno czuć się zdrowym" (6), "Ponieważ borykam się z kilkoma chorobami przewlekłymi np. z endometriozą" (6).

Wypowiedzi te wskazują, że osoby badane średni poziom zdrowia wiążą z nadmiarem obowiązków, stresem oraz chorobami przewlekłymi lub ich skutkami. Często osoba badana, która deklarowała średni poziom zdrowia doświadczała uciążliwych objawów fizycznych.

Niski poziom zdrowia charakteryzowany był poprzez takie wypowiedzi jak: "Choruję od 4 lat na serce. Ciągłe muszę się oszczędzać i uważać. Mam niską odporność i często zapadam na przeziębienia. To bardzo ogranicza mnie zawodowo i towarzysko" (2), "Ze względu na liczne schorzenia m.in. migotanie przedsionków, schorzenia reumatologiczne i urologiczne. Mało wychodzę z domu, bo stresuję się, że muszę mieć dostęp do toalety" (4), "Jestem po 5 operacjach. Dodatkowo zażywam leki antydepresyjne. To powoduje, że trudno aktywnie zajmować się domem i dziećmi" (3), "Leczę się na chorobę wieńcową, mam przerost w klatce piersiowej co powoduje jej ucisk, to może doprowadzić do śmierci. Czeka mnie operacja. Ponadto mam inne schorzenia reumatyczne i neurologiczne. Na serce lecę się od 16 lat. Nie mogę podjąć pracy" (1).

Powyższe wypowiedzi wskazują na szereg problemów fizycznych i psychicznych w obszarze zdrowia. Osoby badane, które zaznaczały na skali szacunkowej niski poziom zdrowia doświadczają często wielu schorzeń jednocześnie oraz trudności w zakresie funkcjonowania społecznego i zawodowego. Dolegliwości, z którymi zmagają się osoby z niskim poziomem zdrowia w znaczący sposób ograniczają je w aktywnym pełnieniu ról społecznych.

Zastanawiający jest fakt, że trzydzieści sześć osób, które oceniło poziom zdrowia na skali szacunkowej jako dobry lub bardzo dobry jednocześnie, w odpowiedzi na odrębne pytanie w wywiadzie, wskazały na występowanie u nich obecnie w sytuacji zmęczenia od dwóch do czterech objawów somatycznych, emocjonalnych lub poznawczych takich jak: bóle głowy, brak apetytu, problemy ze snem, nerwowość i drażliwość, poczucie niepokoju, problemy z koncentracją, problemy z pamięcią, bóle kręgosłupa, bóle żołądka. Trzydzieści badanych spośród tych osób podało, że aktualnie często odczuwa zmęczenie. Wyniki te wskazują na występowanie rozbieżności - z jednej strony zapewnienie o wysokim poczuciu zdrowia, z drugiej ujawnienie symptomów sugerujących stan choroby. Nasuwa się pytanie o przyczynę tej rozbieżności.

6.1.1.2. Poczucie spokoju - wskaźnik zdrowia

Wyniki badań wskaźnika poczucia spokoju przedstawia tabela 10. 2/3 spośród badanych ocenia, że doświadcza spokoju na poziomie przeciętnym i wysokim, 1/3 natomiast określiła siebie jako niespokojnych. Wyniki na skali szacunkowej są bardzo zbliżone do wyników dla ogólnej zmiennej poczucie spokoju. Krańce skali szacunkowej oznaczały: 1 - ludzie nerwowi, 10 - ludzie spokojni.

Tabela 10. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie spokoju wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe

			Poczucie spokoju - wynik ogólny	Poczucie spokoju - wynik ze skali szacunkowej
Poczucie spokoju - wskaźnik zdrowia	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych	Procent badanych
	Niski	1-4	34%	35%
	Średni	5-6	38%	37%
	Wysoki	7-10	28%	28%

Wysoki poziom spokoju odzwierciedlają stwierdzenia typu: "Wiele już w życiu przeżyłam i nauczyłam się z dystansem patrzeć na przeciwności losu. Mam wybór czy podejść do danej sytuacji ze spokojem, czy denerwować się. Staram się doceniać i szukać pozytywów w tym co mnie spotyka (10)", "Mam bezpieczeństwo ekonomiczne i jestem zadowolony z życia (9)", "W tym momencie jestem spokojna, to się zmienia. Staram się pracować nad swoim opanowaniem. Wyciszam się i sprawiam sobie przyjemności (8)", "Ponieważ jestem kierownikiem zespołu, wyciszam się często i staram się pozytywnie kierować emocjami, by nie wprowadzać w środowisku pracy zamętu i nieprzewidywalności. Lubię spokój i staram się tak współpracować z innymi, żeby było go jak najwięcej. Zauważyłem, że praca jest wówczas dużo efektywniejsza (7)".

Osoby badane wysoki poziom spokoju wiązały z opanowaniem, czyli umiejętnością zarządzania swoimi emocjami. Istotne dla zachowania spokoju okazuje się też poczucie bezpieczeństwa finansowego, umiejętność dystansowania się oraz odczuwania pozytywnych emocji w sytuacjach stresowych. Kluczowe dla zachowania spokoju jest pozytywne przewartościowanie tj. umiejętność szukania i dostrzegania pozytywnych aspektów przeżywanych trudności, ich opracowywania i rozumienia jako pojawiającego się wyzwania. Takie podejście mobilizuje do działania i podjęcia próby poradzenia sobie w danej sytuacji życiowej. Zwraca uwagę również tendencja do określenia poczucia spokoju jako swego rodzaju stanu będącego w dyspozycji jednostki i podlegającego świadomej kontroli.

Średni poziom spokoju opisują następujące wypowiedzi badanych: "W zależności od sytuacji czasami podchodzę do problemu bardzo spokojnie, a czasami bardzo nerwowo. Jestem wrażliwą osobą (6)", "Nadmiar pracy i obowiązków powodują szybką męczliwość i brak cierpliwości. Czasami jestem wybuchowy (6)", "Niepewność związana z chorobą męża, dużo obowiązków w domu, stres, zmęczenie powoduje, że jestem częściej nerwowa

(5)", "Bardzo emocjonalnie podchodzę do wszystkich sytuacji, które wpisane są w życie codzienne, rodzinne i zawodowe. Bardzo się denerwuję i przeżywam, ale na zewnątrz tego nie pokazuję. Inni postrzegają mnie jako spokojną (5)", "Jestem osobą nie do końca spokojną, ponieważ mam chorego męża (5)".

Średni poziom spokoju wiązany jest z wydarzeniami, które są postrzegane przez badanych jako będące poza ich kontrolą (choroba bliskiej osoby, nadmiar pracy i obowiązków) lub predyspozycją osobowościową do postrzegania rzeczywistości w sposób nadmiernie emocjonalny rozumiany jako koncentracja na negatywnych emocjach. Wyraźnie zaznacza się brak przekonania, że trudnościom można zaradzić, co rodzi poczucie niepewności i przekłada się na odczuwanie większego niepokoju. W wypowiedziach badanych zaznacza się poczucie ambiwalencji w zakresie umiejętności panowania nad sobą i kontroli swoich emocji.

Niski poziom spokoju obrazują wypowiedzi: "Jestem osobą bardzo nerwową, trudno mi panować nad emocjami. Mam sporo obowiązków zawodowych i rodzinnych. Martwię się o syna, czy wyzdrowieje (4)", "Przejmuję się tym co będzie dalej, czy podołam temu wszystkiemu co przyniesie następny dzień. Mąż zapomina się nieraz, nie poznaje mnie. Ma sporo ograniczeń w związku z chorobami. Boję się co będzie dalej. Czasem czuję się winna za to co jest (3)", "Ciągły lęk przed utratą zdrowia i życia swojego lub bliskich (3)", "Od półtora roku borykam się z mężem z ostrą białaczką szpikową (2)", "Ostatnio w moim życiu było sporo trudnych sytuacji: ciąża i skomplikowany poród oraz choroba ojca (białaczka i leczenie chemioterapią). Często czuję złość i smutek, że to mnie spotyka (2)".

Na podstawie powyższych wypowiedzi można stwierdzić, że osoby badane z niskim poczuciem spokoju doświadczają znacznego napięcia emocjonalnego jak również deficytów w zakresie umiejętności kierowania emocjami oraz poczucia sprawczości w tym obszarze. Nerwowość wiąże z nadmiarem stresogennych sytuacji, głównie związanych z chorobą osoby bliskiej. Osoby badane odczuwające niski poziom spokoju są emocjonalnie przeciążone, w ich przeżyciu dominuje lęk, któremu nie potrafią przeciwdziałać. Charakterystyczne jest doświadczanie negatywnego afektu, który może blokować podjęcie aktywności w celu odreagowania i zmniejszenia napięcia przez osoby z wysokim poziomem niepokoju.

6.1.1.3. Poczucie jakości życia - wskaźnik zdrowia

2/3 badanych osób uzyskało niskie i przeciętne wyniki w zakresie poczucia jakości życia. Wyniki dla zmiennej poczucie jakości życia ilustruje tabela 11.

Tabela 11. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie jakości życia wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe

			Poczucie jakości życia - wynik ogólny	Poczucie jakości życia - wynik ze skali szacunkowej
Poczucie jakości życia - wskaźnik zdrowia	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych	Procent badanych
	Niski	1-4	34%	36%
	Średni	5-6	40%	44%
	Wysoki	7-10	26%	20%

Jedno pytanie dotyczące poczucia jakości życia było mierzone za pomocą skali szacunkowej, gdzie jeden koniec oznaczał "ludzie nie odczuwający satysfakcji z życia", a drugi "ludzie odczuwający satysfakcję z życia". Badani byli proszeni o podanie uzasadnienia swojego wyboru dokonanego na skali szacunkowej.

Wysoki poziom poczucia jakości życia odzwierciedlały następujące wypowiedzi: "Staram się żyć w zgodzie ze sobą, naturą, robić to co lubię, wychowałam 3 dzieci, wybudowałam dom, kocham rodzinę, czuję, że jestem spełnioną osobą (10)", "Mam wspaniałą rodzinę, nie mam powodów zbytnio do narzekań (10)", "Bo mam fajne życie, które lubię, radość w domu, fajna praca - staram się realizować marzenia (9)", "Mam udaną rodzinę, dobrą pracę i dobre warunki bytowe. Cieszę się z małych rzeczy (8)", "Choroba męża mnie martwi, ale na szczęście cieszą mnie dzieci, praca i drobne przyjemności (7)".

Wysokie poczucie jakości życia osoby badane wiązały z zadowoleniem z codziennego życia, realizacją planów życiowych i zawodowych. Wyższe poczucie jakości życia wiąże się, jak wynika z wypowiedzi, z satysfakcjonującymi relacjami rodzinnymi, dającą zadowolenie pracą i dobrymi warunkami materialnymi. Dla wysokiego poczucia jakości życia znacząca jest również umiejętność wzbudzania i doświadczania pozytywnych emocji - optymistyczne nastawienie, bycie sobą oraz poczucie realizacji celów.

O średnim poziomie poczucia jakości życia świadczą sformułowania takie jak: "Często nie wychodzi mi to co zaplanuję, o wiele prostych spraw muszę walczyć i starać się

(6)", "Odczuwam satysfakcję z osiągniętych sukcesów w pracy, chociaż często czuję zmęczenie i nie zawsze potrafię się z nich cieszyć. Nie mam satysfakcji z życia osobistego, bliscy krytykują moje działania na polu prac domowych (6)", "Stan zdrowia mojego męża powoduje, że trudno mi czerpać radość. Staram się całkiem nie przejmować tym, bo wiem, że to negatywnie wpłynie na męża. Czasami cieszę się, że mam wyjście na Uniwersytet Trzeciego Wieku (6)", "Mała ilość wolnego czasu odbiera satysfakcję, ale bliscy mi ją oddają (5)", "Nie jestem bardzo zadowolona z życia (ciężka praca, brak wsparcia, chory syn), ale mam sens życia i nadzieję (5)".

Wypowiedzi osób badanych odznaczających się średnim poziomem jakości życia charakteryzuje ambiwalencja. Z jednej strony badani wskazują na poczucie zmęczenia, brak wsparcia, brak poczucia sprawstwa oraz chorobę bliskiej osoby. Te aspekty wpływają na niską satysfakcję z życia. Z drugiej strony starają się czerpać radość z codzienności i nadawać sens swojemu życiu. Podejmują wysiłek, aby osiągnąć równowagę i satysfakcję w swoim życiu.

Osoby zaznaczające niskie poczucie jakości życia argumentują swój wybór następująco: "Brak bezpośrednio wpływu na pewne nieszczęśliwe zdarzenia jak choroba (4)", "Jestem przemęczona, obciążona sprawami innych, sama też choruję. Moje życie nie ma już znaczenia (3)", "Trzeba się cieszyć każdym dniem i korzystać na ile można. Trudno jednak teraz czuć przyjemność i zadowolenie. Nadmiar obowiązków i wyjazdy z żoną na leczenie są bardzo obciążające (2)", "Jestem bardzo zmęczona fizycznie, choroba syna, wiele obowiązków. Jest ciężko, nie ma powodów do radości (1)".

Wypowiedzi te świadczą o doświadczeniu przez osoby badane znacznego obciążenia psychofizycznego związanego z opieką nad bliską chorą osobą, dominacji w przeżyciu negatywnych emocji oraz poczucia braku kontroli nad wydarzeniami. W wyniku przewlekłego zmęczenia fizycznego i psychicznego pojawia się obniżenie energii i poczucie braku sensu życia, w konsekwencji badani doświadczają niskiego poczucia jakości swojego życia.

6.1.1.4. Poczucie braku zmęczenia - wskaźnik zdrowia

Większość badanych w zakresie poczucia braku zmęczenia uzyskała przeciętne i niskie wyniki. Szczegółowe wyniki w zakresie poczucia braku zmęczenia wśród osób badanych ilustruje tabela 12.

Tabela 12. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie braku zmęczenia wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe

			Poczucie braku zmęczenia - wynik ogólny	Poczucie braku zmęczenia - wynik ze skali szacunkowej
Poczucie braku zmęczenia - wskaźnik zdrowia	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych	Procent badanych
	Niski	1-4	39%	41%
	Średni	5-6	33%	32%
	Wysoki	7-10	28%	27%

Jednym z itemów mierzących poczucie braku zmęczenia była skala szacunkowa. Jej krańce odpowiednio oznaczały 1 - ludzie zmęczeni, 10 - ludzie wypoczęci. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 12.

Wyniki ze skali szacunkowej obrazują poniższe wypowiedzi osób badanych. Osoby, które deklarowały na skali szacunkowej, że czują się wypoczęte wypowiadały się następująco: "Moja praca mnie nie męczy (10)", "Czasem odczuwam zmęczenie, głównie po pracy, ale w czasie wolnym staram się wyjechać z rodziną na łono natury i odpocząć (9)", "Czuję się lepiej w porównaniu do początku choroby córki. Teraz są chwile, kiedy potrafię się już zrelaksować (8)", "Nadmiar obowiązków (praca, dzieci, opieka nad żoną) nie pozwala całkiem odpocząć (7)".

Wypowiedzi te raczej świadczą o odczuwaniu zmęczenia, przy czym badane osoby wskazywały na pozytywne aspekty w obszarze zawodowym lub korzystne zmiany w stosunku do wcześniejszego stanu, które aktualnie minimalizują uczucie zmęczenia. Osoby, które oceniały siebie jako wypoczęte jednocześnie podejmowały aktywność prowadzącą do relaksu i regeneracji sił.

Badani, którzy odczuwali zmęczenie na przeciętnym poziomie wypowiadali się następująco: "Zostałam sama z tym wszystkim, brak opiekunki dla syna, zmęczenie, wczesne godziny wstawania, by naszykować dla syna, gdy będę w pracy (6)", "Jestem zmęczona

życiem w biegu, pomiędzy domem, szkołą moich córek, pracą i szpitalem (6)", "Czasem mam ochotę spać cały dzień, nie myśleć o niczym, choroba żony jest męcząca (5)", "Ocena sytuacji (lęk o życie taty) nie pozwala się zrelaksować i bardzo obciąża (5)", "Męczy mnie huśtawka związana ze stanem zdrowia mojego męża, męczy mnie pobyt w szpitalu i poradni (5)".

Powyższe wypowiedzi ujawniają, że przyczyną przeciętnego zmęczenia wśród badanych jest przede wszystkim poczucie nadmiaru obowiązków, pośpiech w codziennych działaniach, niepewność i lęk związany z chorobą bliskiej osoby.

Niskie wyniki w zakresie poczucia braku zmęczenia, czyli bardzo duże poczucie zmęczenia wyraża się w poniższej argumentacji: "Opieka nad ciężarną żoną i dzieckiem, plus częste wizyty u chorego taty w szpitalu oddalonym o 50 km i praca przekładają się na moje duże zmęczenie (4)", "Jestem zmęczona chorobą męża, ta sytuacja trwa długo i wymaga bycia w pogotowiu, nie wiadomo co się wydarzy (3)", "Doświadczam uczucia ciągłego zmęczenia i złego samopoczucia od czasu, kiedy spadły na mnie wszystkie obowiązki (2)", "Głównym powodem jest stres (choroba męża, praca, opieka nad dziećmi) odbierający siłę fizyczną. Gdybym mogła to chętnie spałabym cały czas (1)".

Powyższe wypowiedzi jednoznacznie świadczą o wysokim poziomie zmęczenia osób badanych. Głównym powodem odczuwania zmęczenia są liczne zobowiązania związane ze wsparciem bliskich chorych osób. Wypowiedzi te wskazują także na przeżywanie stanu napięcia emocjonalnego wynikającego z konieczności bycia w gotowości oraz poczucia obciążenia dużą ilością obowiązków. W sytuacji wymagającej permanentnej aktywności i czujności naturalne wydaje się poczucie przeciążenia fizycznego i psychicznego. Skutkiem owego zaangażowania emocjonalnego i fizycznego może być wyczerpanie organizmu (brak snu, utrata energii, stany lękowe i depresyjne) prowadzące do zaburzenia równowagi na poziomie somatycznym i psychicznym, w rezultacie może dojść do pojawienia się choroby.

6.1.1.5. Udział w życiu społecznym - wskaźnik zdrowia

Wyniki dla zmiennej udział w życiu społecznym obrazuje tabela 13. Wyniki świadczą o aktywnym udziale badanych w życiu społecznym - ponad połowa osób ocenia, że uczestniczy w życiu społecznym na średnim i wysokim poziomie. Niepokojący wydaje się fakt, że ponad 1/3 badanych jest bierna w zakresie podejmowania aktywności społecznej.

Tabela 13. Rozkład wyników dla zmiennej udział w życiu społecznym wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe

			Udział w życiu społecznym - wynik ogólny	Udział w życiu społecznym - wynik ze skali szacunkowej
Udział w życiu społecznym - wskaźnik zdrowia	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych	Procent badanych
	Niski	1-4	37%	36%
	Średni	5-6	38%	37%
	Wysoki	7-10	25%	27%

Analiza jakościowa wypowiedzi uzasadniających dokonanie danego wyboru na skali szacunkowej została zamieszczona poniżej.

Badani, którzy oceniali siebie jako osoby aktywnie uczestniczące w życiu społecznym wypowiadali się następująco: "Staram się spędzać czas z rodziną i znajomymi, to ważne dla mnie. Jest to trudne, bo aktualnie mam dużo obowiązków zawodowych i rodzinnych. Natomiast kontakt z ludźmi to dla mnie źródło radości i odprężenia (10)", "Bo jestem aktywna - właściwie ciągle między ludźmi w domu i pracy. Lubię rozmawiać z ludźmi i ich słuchać. Jestem ich ciekawa i wydarzeń społecznych. To daje mi siłę, która chroni mnie przed załamaniem i pozwala działać (9)", "Lubię wychodzić z domu i spędzać czas w miejscach publicznych, zawsze to było dla mnie istotne. Mówią, że mnie wszędzie pełno i coś w tym jest. Cieszę się, kiedy mogę wyjść, to mnie odrywa od trudnych spraw i pozwala zmienić patrzenie na nie (8)", "Szczególnie teraz, kiedy mama jest chora kontakt z innymi i wyjście dużo mi daje i pozwala nabrać nadziei (7)".

Powyższe wypowiedzi ujawniają, że udział w życiu społecznym to źródło pozytywnych emocji takich jak radość i nadzieja, jak również okazja do relaksu i możliwości zdystansowania się do problemu. Aktywność społeczna wiązana jest z poczuciem wewnętrznej siły, która pozwala zachować optymizm i mobilizuje do podejmowania działań zaradczych. Udział w życiu społecznym rozumiany jest jako nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi. Zwraca uwagę fakt, że osoby, które oceniają udział w życiu społecznym jako wysoki postrzegają go jako wynik świadomej decyzji o inicjowaniu i utrzymywaniu aktywnej postawy w tej sferze swojego życia. Wypowiedzi powyższe ujawniają, że udział w życiu społecznym stanowi dla badanych wysoko cenioną wartość życiową.

Na średni poziom zmiennej udział w życiu społecznym wskazują wypowiedzi typu: "Raczej jestem aktywna społecznie. Chociaż od czasu choroby męża znacznie ograniczyłam kontakty z ludźmi - brakuje mi czasu (6)", "Bo tak średnio teraz u mnie ze spotkaniami i wyjściami z domu. Życie w biegu, sporo obowiązków w pracy i trudno to wszystko pogodzić. Żałuję, że brak mi czasu, bo zawsze było przyjemnie, gdzieś pójść czy spotkać się z kimś (6)", "Od kiedy jeżdżę do kliniki do taty to średnio angażuję się w życie społeczne. Szkoda, bo to dawało mi radość i rozluźnienie. Teraz bardziej napięty jestem (5)", "Rzadko wychodzę gdzieś, bo wszyscy dziś zabiegani, każdy nie ma czasu. Dawniej to było jakoś inaczej, często spotykaliśmy się ze znajomymi i rodziną. Teraz kiedy żona chora to więcej czasu spędzam tylko z nią (5)".

Średni udział w życiu społecznym w ocenie badanych to wynik braku czasu i nadmiaru obowiązków. Większość osób badanych ograniczenie aktywności społecznej wiąże z chorobą osoby bliskiej i wynikających z tej sytuacji ograniczeniem czasowym, a być może i emocjonalnym. Stąd też większa koncentracja na życiu rodzinnym i zawodowym niż na czynnym udziale w życiu społecznym.

O niskim poziomie udziału w życiu społecznym świadczą następujące wypowiedzi: "Raczej jestem osobą, która unika innych ludzi. Wolę spędzać czas w domu z rodziną. Szczególnie teraz kiedy mąż jest chory, to mam jakieś poczucie winy jak pomyślę, że on jest sam a ja gdzieś wychodzę (4)", "Nie mam czasu, dom, dzieci, obowiązki, chora mama. Głównie zajmuję się domem po pracy. Źle się czuje poza domem (3)", "Bardzo przeżywam każdą chwilę, kiedy nie mogę być blisko syna. Martwię się, bo nie wiem co będzie dalej. Nie myślę nawet o tym, żeby być aktywna społecznie (2)", "Czuję się winna, kiedy nie mogę być i pomagać mężowi. Dlatego każdą chwilę staram się poświęcić jemu i dzieciom, to się pogłębiło odkąd mąż zachorował. Przeraża mnie, że mogłoby go nie być (1)".

Dla wypowiedzi osób, które swój udział w życiu społecznym oceniają jako niski charakterystyczne jest przeżywanie podejmowania aktywności społecznej w kategoriach poczucia winy w stosunku do bliskiej chorej osoby. Wydaje się, że stała obecność przy chorym jest rozumiana jako swego rodzaju zobowiązanie, poświęcenie, a wszelka zmiana czy próba jej podjęcia w tym obszarze jest traktowana jako zagrożenie dla relacji rodzinnej. Z powodu pełnego zaangażowania we wsparcie osoby chorej badani rezygnują z aktywności społecznej. Przeciwnie do osób oceniających swój udział w życiu społecznym jako wysoki,

osoby bierne kontakt społeczny postrzegają jako źródło negatywnych emocji i dyskomfortu psychicznego.

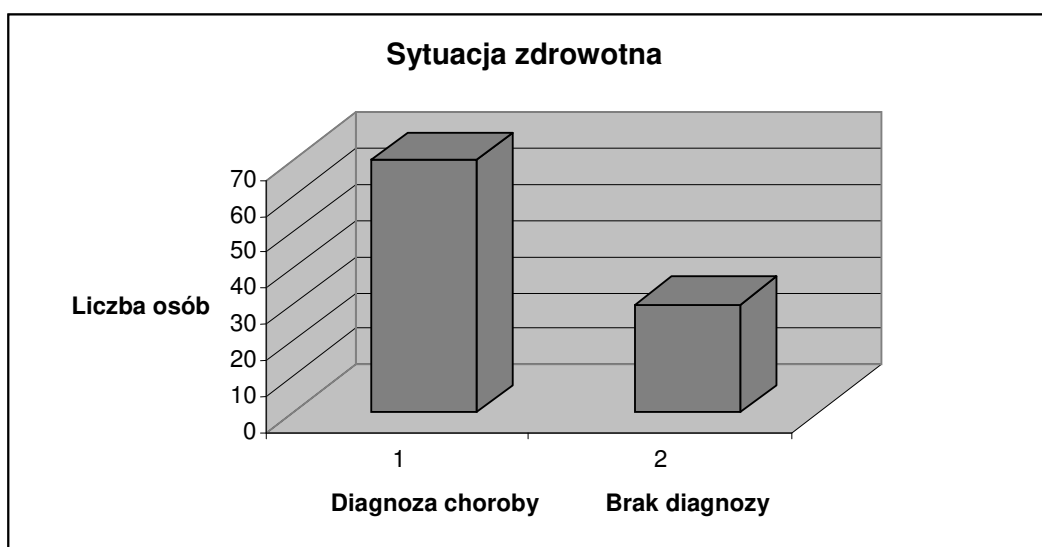
Podsumowując przedstawiona analiza otrzymanych wyników ujawniła, że 2/3 osób ocenia swoje zdrowie na wysokim lub średnim poziomie. Analiza jakościowa ukazała, że 1/2 osób swój aktualny stan zdrowia ocenia jako nie dający satysfakcji, 1/3 osób wskazała, że zainteresowanie ich zdrowiem wzrosło od momentu diagnozy choroby u osoby bliskiej, dla większości badanych deklaracja ta oznacza bardziej intensywne myślenie o swoim zdrowiu, czy korzystanie z farmakoterapii. Również 1/3 osób podała, że ich zdrowie stanowi dla nich ogromną wartość. Część osób badanych deklarujących dobre lub bardzo dobre zdrowie doświadcza często zmęczenia oraz różnych symptomów somatycznych i psychicznych w sytuacji zmęczenia. Wydaje się, że osoby badane nie postrzegają doświadczanych objawów jako sygnału występujących problemów w obszarze ich zdrowia.

6.1.2. Sytuacja zdrowotna bliskich osób wspierających chorych na białaczkę

2/3 badanych osób ma medyczną diagnozę choroby. 51 spośród tych osób uważało, że ich choroba związana jest ze stresem, którego doświadczyli w wyniku wystąpienia białaczki u osoby bliskiej. Wyniki obrazuje wykres 1.

Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych wśród opiekunów osób chorych po udarze mózgu, gdzie 47% osób podało, że częściej chorują odkąd podjęli opiekę (Morawska, Gutysz-Wojnicka, 2008).

Wykres 1. Sytuacja zdrowotna osób badanych



6.3. Poziom stresu osób wspierających chorych na białaczkę

Poziom stresu został określony na podstawie wyników uzyskanych przez badanych na skali X-1 Kwestionariusza STAI (za Wroną-Polańską, 2011).

Tabela 14. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennej poziom stresu

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Wartość minimalna	Wartość maksymalna
Poziom stresu	45,5	9,8	44,5	23	69

Tabela 15 ilustruje rozkład wyników dla zmiennej poziom stresu wśród osób badanych. Ponad połowa osób objętych badaniem doświadczała wysokiego poziomu stresu.

Tabela 15. Rozkład wyników dla zmiennej poziom stresu - wyniki stenowe

			Poziom stresu
Poziom stresu	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych
	Niski	1-4	7%
	Średni	5-6	41%
	Wysoki	7-10	52%

Dodatkowo poziom stresu zbadano skalą szacunkową. Większość badanych oceniła swój poziom stresu jako wysoki lub średni. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 16.

Tabela 16. Rozkład wyników poziomu stresu ze skali szacunkowej - wyniki stenowe

			Poziom stresu - wynik ze skali szacunkowej
Poziom stresu - skala szacunkowa	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych
	Niski	1-4	14 %
	Średni	5-6	41 %
	Wysoki	7-10	45 %

Badani zostali poproszeni o uzasadnienie swojego wyboru na skali szacunkowej. Wysoki poziom stresu obrazują następujące sformułowania: "Ciągła gonitwa, brak pieniędzy, uczucie samotności (10)", "Stres to nie tylko choroba męża, ale również praca i inne obowiązki (9)", "Trudno w sytuacji choroby bliskiej osoby nie mieć stresu (9)", "Opieka nad żoną, rozwój niemowlęcia, niesatysfakcjonujące wyniki taty to wpływa na stres (8)". "Jestem zestresowana co będzie z chorobą męża i moją, czy zdołam to wszystko

uniesć (8)", "Myśl o chorobie męża nie pozwala mi na relaks (8)", "Brak czasu, choroba, bezradność (7)", "Stres w pracy i w domu (7)".

W opisie źródła wysokiego poziomu stresu dominuje jako główny czynnik doświadczenie choroby bliskiej osoby. Zwraca także uwagę poczucie bezradności i samotności oraz niepewność, co do dalszego przebiegu choroby i swojej zdolności do poradzenia sobie z ową sytuacją. Stresorem jest także przeciążenie obowiązkami, brak czasu oraz trudności finansowe.

Średni poziom stresu ilustrują wypowiedzi typu: "Stres jest wpisany w moją pracę i relacje rodzinne. Jednak często przebywam w domu sama i czytając książki, oglądając filmy potrafię się zrelaksować (5)", "Czasem się stresuje, a czasem "biegam". Nie mam czasu na stres (5)", "Stres z powodu choroby męża. Zadowolenie jak coś uda się zrobić, zadowolenie z pozytywnych wyników badań (5)", "Choroba córki i troska o córkę i zięcia (6)", "Zmęczenie fizyczne sytuacją (6)", "Choroba i jej konsekwencje (6)".

Osoby odczuwające stres na średnim poziomie wiążą go, podobnie jak badani odczuwający wysoki jego poziom, z chorobą osoby bliskiej. Ponadto wskazują na pracę i relacje rodzinne, które postrzegają jako stresogenne. W odróżnieniu od osób odczuwających wysoki poziom stresu, osoby deklaruujące jego średni poziom wskazują na podejmowanie czynności służących redukowaniu napięcia takich jak: aktywność fizyczną, czytanie czy umiejętność dostrzegania pozytywnych aspektów trudnej sytuacji. Podejście do stresu przez osoby badane uwzględniające sposoby redukcji napięcia pozwala zrównoważyć oddziałujące na nich czynniki stresogenne.

Niski poziom stresu badani opisywali następująco: "Ostatnio często wyjeżdżam i wypoczywam (1)", "Nie myślę o niczym ważnym, nie mam nic do zrobienia (2)", "Raczej nie myślę o tym co złe, skupiam się na tym co się udaje, jak mi źle to popłaczę, powiem co mi przeszkadza, coś zrobię dla siebie i jest lepiej (3)", "Dbam o siebie, swoje ciało, ćwiczę, dobrze się odżywiam, chodzę na spacer, myślę pozytywnie (3)", "Staram się przeznaczać czas na to co lubię: działka, hobby, spotkania z rodziną, więc stres jest gdzieś za mną (4)", "Rozmawiam z bliskimi o problemach, ale i o dobrych rzeczach, dbam o siebie, staram się szukać pozytywów nawet w takiej sytuacji jak ta (4)".

Analiza wypowiedzi wskazuje, że niskiemu poziomowi stresu sprzyja umiejętność organizowania czasu na wypoczynek, realizację zainteresowań, czy spotkania z bliskimi. Przeciwdziała stresowi pozytywne nastawienie i odreagowanie negatywnych emocji, jak również szczera komunikacja.

Analiza swobodnych wypowiedzi ujawniła, że głównym źródłem stresu badanych była:

- choroba osoby bliskiej - 65 %
- lęk dotyczący pogorszenia stanu zdrowia osoby bliskiej - 52%
- trudności finansowe - 49%
- przeciążenie obowiązkami domowymi i zawodowymi - 47%
- problemy zdrowotne - 41%
- brak czasu dla siebie - 37%.

Powyższe dane wskazują, że głównym źródłem stresu dla osób badanych jest choroba osoby bliskiej, jak również niepokój związany możliwością pogorszenia jej stanu zdrowia. Czynnikiem stresującym jest także poczucie nadmiaru obowiązków domowych i zawodowych, trudności finansowe i problemy zdrowotne osób wspierających chorych na białaczkę.

Zastanawiano się, jak osoby badane postrzegają chorobę osoby bliskiej. Wynik ten tym bardziej jest interesujący, że ponad 1/2 badanych wymieniła ją jako źródło stresu. W związku z tym proszono o dokończenie zdania "Sytuacja choroby bliskiej mi osoby jest dla mnie...". Odpowiedzi podzielono na 4 grupy - tabela 17.

Tabela 17. Rozkład odpowiedzi na pytanie: " Sytuacja choroby bliskiej mi osoby jest dla mnie..."

	Uzasadnienie wyboru odpowiedzi	Procent badanych
SYTUACJA NIESPODZIEWANA	Sytuacja choroby osoby bliskiej jest dla mnie: "...czasem nierzeczywista, nierealna", "...zaskoczeniem przygnębiającym i niezrozumiałym", "... wielkim wyzwaniem i stresem, bo niespodziewana", "...ogromnym zaskoczeniem, tak jakby poza mną", "...nierealna, jak sen", "szokiem... - dlaczego?", "ciąglým pytaniem, czy naprawdę ona na to choruje"	21%
SYTUACJA DAJĄCA MOŻLIWOŚĆ ROZWOJU OSOBISTEGO I RELACYJNEGO	Sytuacja choroby osoby bliskiej jest dla mnie: "... szansą na poprawę relacji", "... wzmocnieniem więzi", "... najważniejszą na świecie, ale staramy się żyć normalnie - to możliwość dawania sobie bliskości", "... wyzwaniem i trudną szkołą życia" "... nauką, cierpliwością i dawaniem sobie rady w trudnych sytuacjach w życiu", "... jest ważna, ale stawiająca mnie na baczność przed wyzwaniami jakie stawia życie", "... złym przeżyciem i wielką nauką dla mnie", "... wymagająca, abym szła dalej i rozwijała się", "... pozwala nam lepiej siebie zrozumieć i poznać", "... pokazuje co najważniejsze w życiu, nigdy wcześniej nie mieliśmy tak dobrej relacji z mężem", "... próbą siły"	16%
SYTUACJA TRUDNA - OBCIĄŻAJĄCA PSYCHOFIZYCZNIE	Sytuacja choroby osoby bliskiej jest dla mnie: "... wielkim wyzwaniem, obciążeniem i stresem", "... kolejnym trudnym wyzwaniem, z którym często ciężko jest się uporać", "... wielką traumą", "... trudna, druzgocąca i dołująca", "... nieprzyjemna bardzo", "... jest dla mnie zmartwieniem, jest stresująca i trudna", "... chciałabym pomóc, ale jestem bezradna i to bardzo trudne dla mnie", "...bardzo trudną sytuacją, bo z taką chorobą dotychczas nie spotkałam się", "... ciosem", "... ciężka i bardzo przygnębiająca", "... przykra - wspólne z nim dźwiganie krzyża", "...bardzo stresująca i blokująca plany życiowe", "...przygnębiająca", "...tragicznym przeżyciem", "... dużym cierpieniem ze względu na jej cierpienie"	49%
INNE	Sytuacja choroby osoby bliskiej jest dla mnie: "...przejawem zwykłego życia", "... ciężka, ale nie dołująca", "... priorytetem każdego dnia", "... znana", "... bardzo ważna"	14%

Większość osób postrzega chorobę osoby bliskiej jako sytuację trudną (1/2 badanych), 1/6 badanych traktuje ją jako szansę na rozwój osobisty oraz w relacjach rodzinnych.

6.4. Radzenie sobie ze stresem przez osoby wspierające chorych na białaczkę

Wartości podstawowych statystyk opisowych dla zmiennej style radzenia sobie ze stresem przedstawia tabela 18, rozkład wyników stenowych umieszczono w tabeli 19.

Tabela 18. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennej style radzenia sobie ze stresem - wyniki surowe

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
Styl skoncentrowany na zadaniu	57,5	9,5	59,5	30	80
Styl skoncentrowany na emocjach	41,3	10,2	40,0	16	68
Styl skoncentrowany na unikaniu	39,3	8,8	39,0	17	58
Angażowanie się w czynności zastępcze	16,7	4,9	16,0	8	30
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	15,2	3,5	16,0	6	24

Tabela 19. Rozkład wyników dla zmiennej style radzenia sobie ze stresem - wyniki stenowe

	Poziom wyniku - wartości stenowe		
	Niski 1-4	Średni 5-6	Wysoki 7-10
	Procent badanych	Procent badanych	Procent badanych
Styl skoncentrowany na zadaniu	36%	35%	29%
Styl skoncentrowany na emocjach	30%	36%	34%
Styl skoncentrowany na unikaniu	52%	30%	17%
Angażowanie się w czynności zastępcze	41%	43%	16%
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	40%	46%	14%

W badanej grupie dominuje styl skoncentrowany na emocjach na średnim i wysokim poziomie (70%). 1/2 badanych charakteryzuje niski poziom stylu

skoncentrowanego na unikaniu, a 2/3 osób badanych niski lub średni poziom stylu skoncentrowanego na zadaniu.

Podsumowując 1/2 badanych doświadcza wysokiego poziomu stresu. Głównym źródłem stresu podawanym przez osoby badane jest choroba osoby bliskiej. Połowa badanych sytuację choroby osoby bliskiej postrzega jako trudną i obciążającą. W zakresie stylów radzenia sobie u większości osób (70%) dominuje styl emocjonalny na średnim lub wysokim poziomie, połowa osób uzyskała niskie wyniki w zakresie stylu unikowego.

6.5. Zasoby podmiotowe

Wartości podstawowych zmiennych opisujących zasoby znajdują się w tabeli 20. Rozkład wyników opisujących wartości stenowe zasobów znajduje się w tabeli 21 i tabeli 22.

Tabela 20. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennych opisujących zasoby
- wyniki surowe

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Wynik minimalny	Wynik maksymalny
Poczucie koherencji	133,5	22,38	135,58	73	177
Poczucie zrozumiałości	44,3	9,13	44,5	18	63
Poczucie sensowności	41,1	7,86	41,0	16	56
Poczucie zaradności	48,1	9,0	48,0	18	68
Poczucie kontroli	53,18	7,85	54,0	28	68
Unikanie	9,09	1,74	9,0	4	13
Zmaganie się	9,95	2,29	10,0	3	17
Utrzymywanie	14,98	3,42	15,0	6	22
Doznawanie	19,16	3,88	20,0	4	25
Poczucie wsparcia	9,09	2,87	9,0	3	17
Poczucie samoskuteczności	6,44	2,06	7,0	5	20
Lęk dyspozycyjny	44,01	8,84	44,0	21	60
Samoocena	29,15	4,9	29,0	17	40

Tabela 21. Rozkład wyników dla zmiennych opisujących zasoby - wyniki stenowe

	Poziom wyniku - wartości stenowe		
	Niski 1-4	Średni 5-6	Wysoki 7-10
	Procent badanych	Procent badanych	Procent badanych
Poczucie koherencji	27%	47%	26%
Poczucie zrozumiałości	30%	37%	33%
Poczucie sensowności	29%	39%	32%
Poczucie zaradności	30%	38%	32%
Poczucie kontroli	26%	41%	33%
Unikanie	30%	26%	44%
Zmaganie się	25%	30%	40%
Utrzymywanie	22%	45%	33%
Doznawanie	26%	38%	36%
Poczucie wsparcia	31%	53%	16%
Poczucie samoskuteczności	32%	48%	20%
Lęk dyspozycyjny	9%	41%	50%

Tabela 22. Rozkład wyników dla zmiennej samoocena - wyniki stenowe

Samoocena	Poziom wyniku	Steny	Procent badanych
	Bardzo niski	1-2	12%
	Niski	3-4	26%
	Średni	5-6	35%
	Wysoki	7-8	18%
	Bardzo wysoki	9-10	9%

Wyniki wskazują, że u połowy badanych poczucie koherencji jest na przeciętnym poziomie. 1/3 badanych uzyskała niskie wyniki w zakresie tej zmiennej i jej komponentów.

Wyniki uzyskane przez osoby wspierające chorych na białaczkę w zakresie poczucia kontroli ukazują, że poczucie kontroli większości osób badanych jest na poziomie przeciętnym. 1/4 osób uzyskała niskie wyniki w zakresie ogólnego poczucia kontroli. Można wnioskować, że bliskie osoby wspierające chorych na białaczkę charakteryzuje poczucie kontroli na poziomie średnim lub wysokim. Dla około 2/5 badanych osób charakterystyczna jest kontrola o typie unikania oraz zmagania się na wysokim poziomie. Badani stosują

kontrolę poprzez unikanie negatywnych zdarzeń oraz zmaganie się z sytuacjami trudnymi. Kontrola o typie unikania pozwala zminimalizować doznawanie negatywnych emocji.

1/3 osób bliskich wspierających chorych na białaczkę uzyskała niskie wyniki w zakresie poczucia wsparcia ze strony innych (tabela 21). Analiza wypowiedzi osób badanych wskazuje, że najczęściej o swoich problemach rozmawiają z rodziną i przyjaciółmi. 1/5 badanych nie rozmawia o swoich problemach z innymi osobami (tabela 23). W aktualnej sytuacji większość badanych oczekiwałaby wsparcia ze strony współmałżonka lub przyjaciół, kilkanaście osób deklarowało potrzebę pomocy ze strony psychologa (tabela 24). Ponad 1/2 badanych osób podała, że obecnie doświadcza głównie pomocy w postaci wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich, a 1/3 pomocy w codziennych obowiązkach (tabela 26). Badane osoby oczekiwałyby przede wszystkim wsparcia emocjonalnego, pomocy w codziennych obowiązkach oraz pomocy materialnej (tabela 25). Rodzina i przyjaciele to główne źródło wsparcia dla osób wspierających chorych na białaczkę.

Tabela 23. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Z kim najczęściej rozmawiasz o swoich problemach?"

Odpowiedź	Procent badanych
Żoną/mężem	55%
Partnerką/partnerem	15%
Przyjaciółką/przyjacielem	45%
Rodzicem	20%
Dzieckiem	35%
Psychologiem	9%
Księdzem	5%
Z nikim	20%

Tabela 24. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Czyjej pomocy oczekiwałabyś/oczekiwałbyś w aktualnej sytuacji? "

Odpowiedź	Procent badanych
Żony/męża	60%
Partnerki/partnera	10%
Przyjaciółki/przyjaciela	48%
Psychologa	11%
Instytucji	5%
Innego	6%
Żadnego	4%

Tabela 25. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Jakiej pomocy oczekiwałabyś/oczekiwałbyś w aktualnej sytuacji od bliskich?"

Odpowiedź	Procent badanych
Wsparcia emocjonalnego	45%
Pomocy w codziennych obowiązkach	48%
Wsparcia informacyjnego	12%
Pomocy materialnej	30%
Inne	14%

Tabela 26. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "W jaki sposób bliscy obecnie Ci pomagają?"

Odpowiedź	Procent badanych
Wspierają emocjonalnie	59 %
Pomagają w codziennych obowiązkach	33%
Informacyjnie	25%
Materialnie	28%
Inne	17%

Najwięcej osób uzyskało niskie (1/3) i przeciętne (1/2) wyniki w zakresie poczucia samoskuteczności w zmaganiu się z chorobą osoby bliskiej (tabela 21). Jednym z itemów mierzących poczucie samoskuteczności w zmaganiu się z chorobą osoby bliskiej była skala szacunkowa, której krańce odpowiednio oznaczały 1-Nieskuteczne radzenie sobie z chorobą bliskiej osoby, 10-Skuteczne radzenie sobie z chorobą osoby bliskiej. Ciekawych wyników dostarcza analiza jakościowa wypowiedzi stanowiących uzasadnienie wyboru dokonanego na skali szacunkowej.

Osoby wspierające chorych na białaczkę o wysokim poczuciu samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej argumentowały swój wybór na skali szacunkowej w następujący sposób: "Znajduje w sobie dużo siły, żeby pomagać mężowi w chorobie, wiem, że ta siła udziela się mężowi (10)", "Wiem i wierzę, że jest to tylko stan przejściowy i że za kilka miesięcy minie i będzie zdrowa" (9)", "Trudno pogodzić się z ciężką chorobą, ale podchodzę racjonalnie do tematu. Wierzę w możliwości współczesnej medycyny oraz w Opatrzność Bożą (8)", "Wiem, że damy radę i wszystko będzie dobrze, jakkolwiek

zakończy się - ufam, że tak ma być i staram się robić co mogę (8)", "Pogodziłem się z tym i zamiast się załamywać staram się w jakikolwiek sposób pomóc osobie chorej (7)".

Przekonanie o skuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej wiąże się z nadzieją i optymistycznym nastawieniem co do przebiegu leczenia i powrotu do zdrowia osoby bliskiej. Jak również akceptacją tej sytuacji oraz emocji z nią związanych przy jednoczesnym traktowaniu jej jako możliwości do wyzwolenia w sobie siły i udzielenia wsparcia osobie chorej.

O przeciętnym poczuciu skuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej świadczą poniższe sformułowania: "W niektórych sytuacjach jestem bezradny i nie wiem co robić (6)", "Nie bardzo umiem się w tym odnaleźć, raz wydaje mi się, że wiem co robić, a następnym razem tracę grunt pod nogami (6)", "Wierzę w całkowite wyzdrowienie, ale bardzo martwię się jak długo to potrwa i czy podołam (5)", "Bardzo przeżywam chorobę żony, ale nigdy bym jej nie zostawił w potrzebie (5)", "Raz radzę sobie, a kolejno załamuję się i tak w kółko (5)".

Przeciętne poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej wiąże się z ambiwalentnym przekonaniem na temat zdolności i możliwości poradzenia sobie z wymaganiami jakie niesie sytuacja choroby osoby bliskiej.

Osoby badane z niskim poczuciem skuteczności w radzeniu sobie z chorobą bliskiej osoby wypowiadały się następująco: "Nie mogę nie myśleć o chorobie córki, trudno mi przyjąć, że to ją spotkało, nie wiem co robić (4)", "Brak mi doświadczenia i wiedzy, nigdy nie byłam w takiej sytuacji, nie wiem co robić (4)", "Wypieram fakt choroby na ile się da, ale ona jest, mam poczucie, że nie umiem pomóc (3)", "Bo to szok - nie wiem co dalej, nie wiem jak pomóc (2)", "Brak pielęgniarki lub opiekunki, problemy z rehabilitacją, która jest skuteczna dopiero prywatnie, ale kosztowna. Jestem przeciążona i pełna obaw jak to będzie, sama nie wiem co mam robić (2)", "Bo czuję bezradność (2)".

Powyższe wypowiedzi wskazują, że dla osób z niskim poczuciem skuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej charakterystyczne jest poczucie bezradności, niepokoju związanego z rokowaniem w chorobie, brak wiedzy oraz poczucie wyczerpania, jak również trudność związana z akceptacją choroby osoby bliskiej.

Wyniki w zakresie lęku jako cechy u większości osób badanych są one na poziomie wysokim i przeciętnym. Niski poziom lęku dyspozycyjnego traktowany jest jako zasób, natomiast wysoki jako deficyt. Połowa osób wspierających chorych na białaczkę ma predyspozycję do postrzegania wydarzeń w życiu jako zagrażających tj. lękowego sposobu reagowania (tabela 21).

Osoby wspierające chorych na białaczkę w większości uzyskały średnie wyniki w zakresie poziomu samooceny. Ponad 1/3 badanych charakteryzuje jej bardzo niski lub niski poziom. Wyniki ilustruje tabela 22.

Podsumowując, przedstawione wyniki wskazują, że u przeważającej części osób większość zasobów lokuje się na średnim poziomie. Inaczej jest w przypadku lęku dyspozycyjnego - ponad połowa osób badanych odznacza się jego wysokim poziomem. Należy również zaznaczyć, że około 1/3 osób bliskich wspierających chorych na białaczkę charakteryzuje niskie poczucie koherencji, kontroli, poczucie wsparcia, samoskuteczności w zmaganiu się z chorobą osoby bliskiej oraz niska samoocena.

6.6. Zmienne a płeć badanych osób

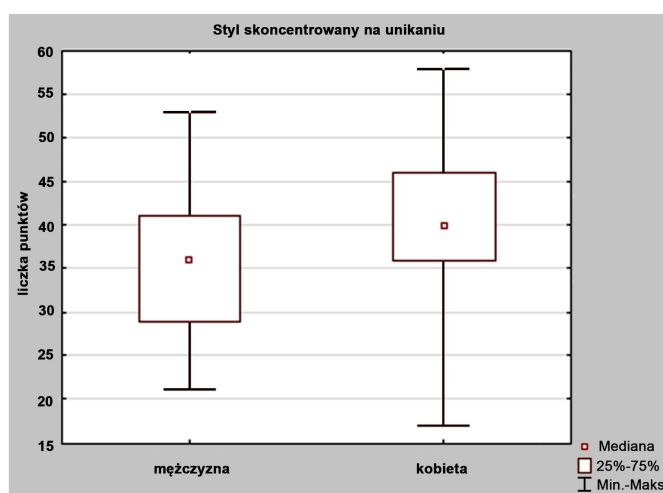
W kolejnym kroku sprawdzono czy płeć różnicuje badane zmienne, w tym celu zastosowano test U Manna-Whitney'a. Wyniki, które okazały się istotne statystycznie przedstawiono w tabeli 26 oraz na rycinach, pozostałe wyniki zamieszczono w aneksie (tabela 42, załącznik 2).

Tabela 27. Badane zmienne a płeć

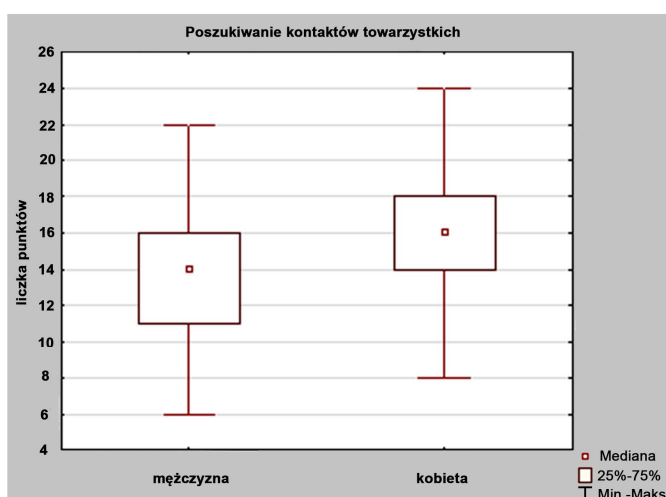
Zmienna	Płeć	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Z	p
Styl skoncentrowany na unikaniu	M	36,06	36	8,51	-2,62	0,009
	K	40,95	40	8,52		
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	M	13,44	14	3,74	-3,15	0,002
	K	16,03	16	3,12		
Zmaganie się	M	10,88	10	2,21	2,35	0,019
	K	9,47	10	2,21		
Udział w życiu społecznym	M	10,12	10	2,84	2,19	0,029
	K	8,77	9	2,81		
Poczucie braku zmęczenia	M	14,62	14	4,36	3,37	0,001
	K	11,62	11	3,40		

K- kobiety, M- mężczyźni

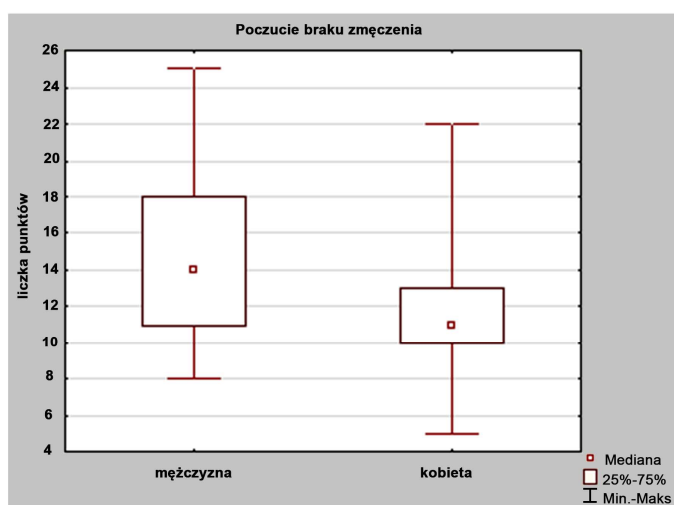
Analiza przeprowadzona przy użyciu testu U Manna-Whitneya wykazała, iż płeć jest czynnikiem istotnie różnicującym uzyskiwane wartości na skalach: poczucie braku zmęczenia, udział w życiu społecznym, styl skoncentrowany na unikaniu oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, kontrola o typie zmagania się. Wyliczone mediany oraz średnie arytmetycznych wskazują, iż mężczyźni charakteryzowali się wyższymi wartościami na skalach poczucie braku zmęczenia, udział w życiu społecznym oraz kontrola o typie zmagania się, natomiast kobiety uzyskiwały wyższe wyniki dla skal styl skoncentrowany na unikaniu oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich.



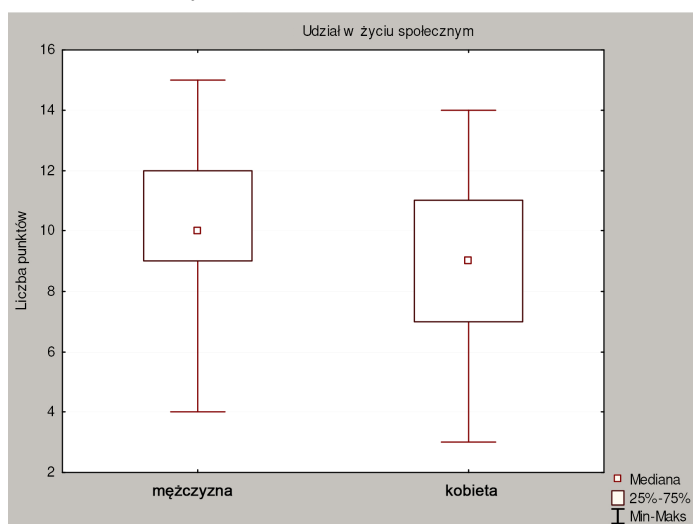
Rycina 8. Płeć a styl skoncentrowany na unikaniu



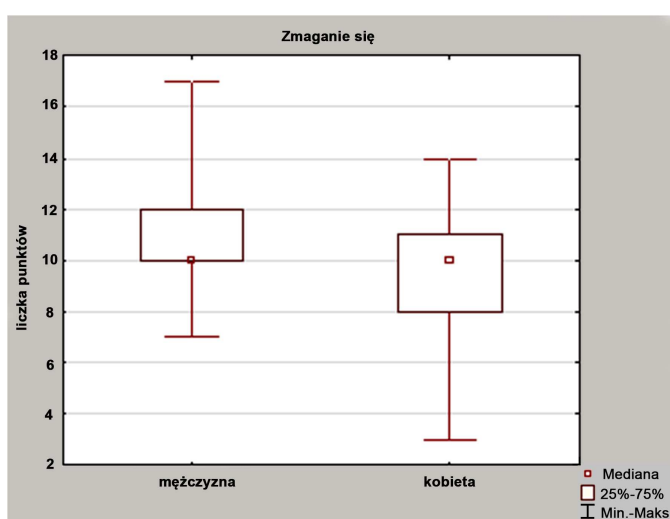
Rycina 9. Płeć a styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich



Rycina 10. Płeć a poczucie braku zmęczenia (wskaźnik zdrowia)



Rycina 11. Płeć a udział w życiu społecznym (wskaźnik zdrowia)



Rycina 12. Płeć a kontrola o typie zmagania

7. Stres i radzenie sobie ze stresem a zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę

Zgodnie z przyjętymi założeniami wynikającymi z Funkcjonalnego Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej przystąpiono do weryfikacji hipotezy pierwszej (H1) zakładającej, że wyższy poziom zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę wiąże się z: (H1/1) z niższym poziomem przeżywanego stresu, (H1/2) ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem tj. wyższym poziomem stylu skoncentrowanego na zadaniu i niższym stylu skoncentrowanego na emocjach.

W tym celu obliczono współczynniki korelacji rang Spearmana. Przeprowadzono także analizę regresji wielokrotnej metodą wprowadzania w celu określenia predyktorów zdrowia.

7.1. Zdrowie a stres

Wyniki analizy korelacji dotyczące związku pomiędzy zmienną zdrowie i jej poszczególnymi wskaźnikami a zmienną obrazującą poziom stresu u osób bliskich wspierających chorych na białaczkę zamieszczono w tabeli 28.

Tabela 28. Współczynniki korelacji pomiędzy zmienną zdrowie i jej wskaźnikami a stresem

Zmienne	Ogólna zmienna zdrowie	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Udział w życiu społecznym
Poziom stresu	-0,549**	-0,419**	-0,417**	-0,445**	-0,399**	-0,439**

N=100, ** $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

Jak wynika z tabeli 28 poziom stresu ujemnie koreluje ze wszystkimi wskaźnikami zdrowia, jak również ze zdrowiem ogólnym. Jak przewidywano wyższy poziom stresu negatywnie wiąże się z wyższym poczuciem zdrowia. Niższy poziom przeżywanego stresu sprzyja wyższemu poczuciu zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę.

Powyższe analizy potwierdzają hipotezę H1/1 dotyczącą związku pomiędzy niższym poziomem stresu a poziomem zdrowia osób badanych. Im niższy poziom przeżywanego stresu przez osoby wspierające chorych na białaczkę tym wyższy poziom ich zdrowia.

Doświadczany przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę stres negatywnie wiąże się ze zdrowiem oraz jego wskaźnikami. Najsilniejsze i statystycznie istotne związki o znaku ujemnym występują pomiędzy zdrowiem ($r_s = -0,549$), poczuciem jakości życia ($r_s = -0,445$), udziałem w życiu społecznym ($r_s = -0,439$) a poziomem stresu. Niższy poziom stresu sprzyja wyższemu poczuciu jakości życia osób wspierających chorych na białaczkę oraz ich aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym. Wyższy poziom stresu może prowadzić do izolowania się, niższego poczucia jakości życia i słabszego zdrowia. Przewlekły stres zagraża zdrowiu uderzając w jego różne wymiary (głównie fizyczny, psychiczny oraz społeczny).

W celu pogłębienia wniosków postawiono pytanie badawcze, dotyczące związku pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a zmienną stres. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 29 (analiza korelacji) oraz tabeli 30 (analiza regresji).

Tabela 29. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi style radzenia sobie ze stresem a poziomem stresu u osób bliskich wspierających chorych na białaczkę

Zmienne	Poziom stresu
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,355*
Styl skoncentrowany na emocjach	0,415**
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,127
Angażowanie się w czynności zastępcze	-0,070
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,225*

N=100, ** $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

N=100, * $p \leq 0,05$ (test dwustronny)

Stres pozytywnie wiąże się ze stylem skoncentrowanym na emocjach ($r_s = 0,415$). Predyspozycja osobowościowa do koncentracji na negatywnych emocjach i/lub myślenia życzeniowego bez podjęcia działania prowadzącego do poszukiwania rozwiązania w sytuacji stresowej powoduje narastanie napięcia, a w konsekwencji zagraża zdrowiu. Przeciwdziała stresowi styl zadaniowy ($r_s = -0,355$) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($r_s = -0,225$). Wyniki wskazują na występowanie pomiędzy zmiennymi słabej zależności, ale istotnej statystycznie. Pozytywną funkcję w radzeniu sobie ze stresem choroby osoby bliskiej pełni instrumentalne traktowanie występujących trudności oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich rozumiane jako poszukiwanie wsparcia. Zadaniowe podejście do problemu skupiające się na opracowaniu rozwiązania problemu oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (wsparcia) sprzyja obniżeniu napięcia emocjonalnego.

Kolejno przeprowadzono analizę regresji dla poziomu stresu osób wspierających chorych na białaczkę względem stylów radzenia sobie (tabela 30).

Tabela 30. Podsumowanie regresji liniowej dla stylów radzenia sobie ze stresem jako predyktorów stresu

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	47,177	9,195		5,131	0,000
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,112	0,122	-0,112	-0,919	0,361
Styl skoncentrowany na emocjach	0,276	0,101	0,301	2,727	0,008
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,336	0,265	-0,324	-1,267	0,209
Angażowanie się w czynności zastępcze	0,270	0,359	0,143	0,751	0,455
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,197	0,451	0,081	0,438	0,663
R= 0,380 R ² = 0,145 Popraw. R ² = 0,095					
F (5,86) = 2,909 p< 0,018 Błąd std. oszacowania: 8,366					

Predyktorem stresu u osób wspierających chorych na białaczkę okazał się styl skoncentrowany na emocjach ($\beta = 0,301$, $p = 0,008$). Im wyższa predyspozycja do radzenia sobie w sytuacji stresu poprzez koncentrację na emocjach tym wyższy poziom stresu. Zespół zmiennych wprowadzonych do modelu wyjaśnia około 15% wariancji zmiennej poziom stresu ($R^2 = 0,145$). Model jest dopasowany do zmiennych $F(5,86) = 2,909$ $p < 0,018$.

Zastanawiano się także czy i w jaki sposób poziom zdrowia oraz poziom stresu jest zależny od czasu jaki upłynął od wystąpienia choroby u osoby bliskiej, uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 31.

Tabela 31. Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikiem czasu jaki upłynął od diagnozy choroby u osoby bliskiej a zdrowiem i stresem u osób wspierających chorych na białaczkę

Zmienne	Ogólna zmienna zdrowie	Poczucie zdrowia	Poczucie braku zmęczenia	Poczucie spokoju	Udział w życiu społecznym	Poczucie jakości życia	Poziom stresu
Czas od diagnozy choroby	-,390**	-,170	-,114	-,352**	-,173	-,404**	,337*

N=100, ** $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

N=100, * $p \leq 0,05$ (test dwustronny)

Wyniki w tabeli 31 wskazują na występowanie słabych, ale statystycznie istotnych związków pomiędzy wskaźnikiem czasu jaki upłynął od diagnozy choroby u osoby bliskiej a poziomem zdrowia oraz poziomem stresu u osób wspierających chorych na białaczkę. Obserwuje się, że im dłuższy czas od diagnozy choroby u osoby bliskiej:

- tym niższy poziom zdrowia osób wspierających,
- tym niższe poczucie jakości życia osób wspierających,
- tym niższy poziom spokoju,
- tym wyższy poziom stresu.

Podsumowując analiza korelacji pozwoliła potwierdzić sformułowane w pracy hipotezy - stresowi przeciwdziała instrumentalne radzenie sobie oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Wzmaga poziom stresu u osób wspierających bliskich chorych na białaczkę styl emocjonalny. Styl emocjonalny okazał się predyktorem stresu. W zmaganiu się ze stresem oprócz aktywnego skoncentrowanego na zadaniu radzenia sobie, konieczna jest regulacja emocji oraz umiejętność wzbudzania pozytywnych emocji mobilizujących do działań na rzecz swojego zdrowia. Koncentracja na negatywnych emocjach oraz nieskuteczne radzenie sobie ze stresem choroby bliskiej osoby może stanowić zagrożenie dla zdrowia osób wspierających bliskich chorych na białaczkę.

7.2. Zdrowie a style radzenia sobie ze stresem

W celu określenia związku pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem przeprowadzono analizy korelacyjne. Wyniki zamieszczono w tabeli 32.

Tabela 32. Współczynniki korelacji pomiędzy zmienną zdrowie i jej wskaźnikami a stylami radzenia sobie ze stresem

Zmienne	Ogólna zmienna zdrowie	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Udział w życiu społecznym
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,392**	0,329*	0,170	0,255*	0,174	0,257**
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,363**	-0,304**	-0,353*	-0,368**	-0,378**	-0,272**
Styl skoncentrowany na unikaniu	0,117	0,041	0,171	0,050	-0,016	0,263**
Angażowanie się w czynności zastępcze	0,016	-0,031	0,159	-0,056	-0,119	0,162
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,467**	0,278**	0,244*	0,309*	0,139	0,503**

N=100, ** $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

N=100, * $p \leq 0,05$ (test dwustronny)

Przedstawione wyniki ukazują dodatni związek istotny statystycznie pomiędzy radzeniem instrumentalnym oraz poszukiwaniem kontaktów towarzyskich a poziomem zdrowia badanych. Koncentracja na emocjach ujemnie koreluje z ogólną zmienną zdrowie, jak również z jej wskaźnikami. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich pozytywnie wiąże się ze zdrowiem, udziałem w życiu społecznym oraz poczuciem jakości życia.

Wyniki wskazują na występowanie pozytywnego związku pomiędzy radzeniem sobie skoncentrowanym na zadaniu a ogólną zmienną zdrowie oraz ujemnego związku pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a ogólną zmienną zdrowie, tym samym hipoteza H1/2 została potwierdzona. Wyniki ukazały także, że styl unikowy o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich dodatnio wiąże się ze zdrowiem. Traktowanie trudności jako zadania do rozwiązania oraz dystansowanie się do problemu poprzez kontakt z innymi osobami sprzyja wyższemu poziomowi zdrowia wśród osób wspierających chorych na białaczkę. Kontakt z innymi ludźmi często jest źródłem wsparcia i wyzwala pozytywne emocje, przez co sprzyja wyższemu poczuciu zdrowia. Zdrowiu osób badanych sprzyja też unikanie

koncentracji na negatywnych emocjach. Koncentracja na negatywnych emocjach wzmacnia napięcie emocjonalne, co w konsekwencji negatywnie oddziałuje na zdrowie.

W celu sprawdzenia czy style radzenia sobie ze stresem są predyktorami zdrowia przeprowadzono analizę regresji. Uzyskane wyniki ilustruje tabela 33.

Tabela 33. Podsumowanie analizy regresji dla stylów radzenia sobie ze stresem jako predyktorów zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	B	Błąd standardowy	Beta	t	Istotność
(Stała)	63,765	12,896		4,944	0,000
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,010	0,173	-0,006	-0,056	0,955
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,362	0,131	-0,276	-2,762	0,007
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,332	0,383	-0,209	-0,866	0,389
Angażowanie się w czynności zastępcze	0,149	0,519	0,052	0,288	0,774
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	1,664	0,652	0,444	2,552	0,012
R= 0,475 R ² = 0,226 Popraw. R ² = 0,183					
F(5,90)= 5,254 p< 0,000 Błąd std. oszacowania: 12, 141					

Analiza regresji ujawniła, że zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę wyjaśniają dwie zmienne tj. styl skoncentrowany na emocjach ($\beta = -0,276$, $p = 0,007$) i styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich ($\beta = 0,444$, $p = 0,012$). Przy czym styl skoncentrowany na emocjach ma wpływ negatywny, a poszukiwanie kontaktów towarzyskich pozytywny.

Współczynnik determinacji wielokrotnej $R^2=0,226\%$ co sugeruje, że około 23% zdrowia ogólnego osób badanych wyjaśniane jest przez style radzenia sobie. Model jest dopasowany do zmiennych $F(5,90)=5,254$ $p< 0,000$.

Podsumowując, czynnikiem niekorzystnym dla zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę jest koncentracja na negatywnych emocjach, która prowadzi do wzrostu napięcia poprzez myślenie życzeniowe oraz kumulację emocji takich jak złość, czy poczucie winy. Koncentracja na negatywnych emocjach może prowadzić do obniżenia poziomu zdrowia osób badanych. Dla zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę istotny okazuje się styl skoncentrowany na unikaniu o typie poszukiwania kontaktów towarzyskich, rozumiany jako poszukiwanie wsparcia. Wsparcie ze strony najbliższych, możliwość odreagowania napięcia związanego z chorobą osoby bliskiej poprzez kontakt z innymi ludźmi, okazuje się być szczególnie ważna dla zdrowia osób badanych. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich jest źródłem pozytywnych emocji, daje możliwość odwrócenia uwagi od choroby osoby bliskiej, a przez to wzbudzenia bardziej optymistycznego nastawienia do sytuacji, w której znajdują się osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę.

8. Zasoby podmiotowe a stres i radzenie sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę

Kolejno podjęto się weryfikacji hipotezy (H2) opartej na Funkcjonalnym Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003, 2011) zakładającej, że:

Skuteczne radzenie sobie ze stresem przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę jest funkcją zasobów podmiotowych.

(H2/1) Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem stresu.

(H2/2) Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z bardziej skutecznym radzeniem sobie tj. stosowaniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu. Niższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach.

W celu weryfikacji hipotezy H2 obliczono współczynnik korelacji Spearmana pomiędzy posiadanymi przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę zasobami a poziomem przeżywanego przez nich stresu i stylami radzenia sobie ze stresem. W celu pogłębienia analiz i wyłonienia predyktorów stresu wykonano analizę regresji.

8.1. Zasoby podmiotowe a poziom stresu

Wyniki dotyczące związku pomiędzy poziomem stresu a zasobami ilustruje tabela 34.

Tabela 34. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi zasoby a stresem

Zmienne	Poziom stresu (STAI X-1)
Poczucie koherencji	-0,483**
Poczucie zrozumiałości	-0,397**
Poczucie zaradności	-0,343**
Poczucie sensowności	-0,508**
Poczucie kontroli	-0,304**
Unikanie	-0,260**
Zmaganie się	-0,268**
Utrzymywanie	-0,214**
Doznawanie	-0,157
Lęk dyspozycyjny	0,654**
Poczucie samoskuteczności	-0,398**
Poczucie wsparcia	-0,195
Samoocena	-0,481**

N=100, ** $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

Otrzymane współczynniki korelacji pomiędzy zasobami a poziomem stresu u osób bliskich wspierających chorych na białaczkę ukazują, że wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem stresu osób badanych. Wyniki te potwierdzają hipotezę (H2/1), że wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem stresu. Ujemne zależności występują pomiędzy większością zasobów podmiotowych a poziomem stresu osób wspierających chorych na białaczkę. Brak związku zaobserwowano pomiędzy poczuciem wsparcia ze strony innych oraz kontrolą o typie doznawania i poziomem stresu osób badanych. Wysoka dodatnia korelacja występuje pomiędzy lękiem dyspozycyjnym a poziomem stresu u osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Wysoki poziom stresu dodatkowo wzmacniany przez lęk dyspozycyjny stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia osób badanych. Lęk jako cecha osobowości predysponuje do wyolbrzymiania doświadczanych trudności życiowych lub postrzegania sytuacji neutralnych jako zagrażających, co sprzyja narastaniu i kumulacji negatywnych emocji, w sytuacji stresowej, takiej jak choroba nowotworowa bliskiej osoby, będzie to dodatkowy czynnik nasilający przeżywane napięcie.

Najbardziej przeciwdziała stresowi wśród osób bliskich wspierających chorych na białaczkę silne poczucie koherencji ($r_s = -0,483$), a w szczególności poczucie sensowności ($r_s = -0,508$) i zrozumiałości ($r_s = -0,397$). Osoba dzięki tym składowym poczucia koherencji potrafi zrozumieć i nadać sens trudnemu wydarzeniu, jakim jest choroba nowotworowa osoby bliskiej. Białaczka stanowi dla bliskich osób, jak i samego chorego, źródło ogromnego stresu. Wysokie poczucie zrozumiałości i sensowności wyzwała nadzieję i siłę do poradzenia sobie z sytuacją choroby osoby bliskiej. Osobie o silnym poczuciu koherencji łatwiej jest zmagać się ze stresem choroby nowotworowej bliskiej osoby, wynika to głównie z umiejętności nadania sensu i zrozumienia celowości trudnych wydarzeń, które występują w życiu człowieka.

Oprócz poczucia koherencji, przeciwdziała stresowi poczucie kontroli ($r_s = -0,304$). Świadomość możliwości sprawowania kontroli nad negatywnymi wydarzeniami sprzyja ograniczeniu poziomu przeżywanego stresu. Daje większą pewność, że można oddziaływać i być aktywnym w obliczu trudnej sytuacji jaką jest choroba osoby bliskiej i zmian w życiu osobistym i zawodowym z niej wynikających.

Wyraźny pozytywny związek występuje również pomiędzy samooceną ($r_s = -0,481$) i stresem. Wyższy poziom samooceny sprzyja obniżeniu przeżywanego stresu u badanych osób.

Kolejno w celu wyłonienia predyktorów stresu przeprowadzono analizę regresji. Rezultaty przeprowadzonych równań regresji zamieszczono w tabeli 35.

Tabela 35. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stresu u osób wspierających chorych na białaczkę

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	24,497	13,016		1,882	0,063
Poczucie koherencji	-0,129	0,058	-0,294	-2,226	0,028
Samoocena	0,294	0,237	0,149	1,241	0,218
Poczucie kontroli	0,066	0,144	0,054	0,457	0,649
Lęk dyspozycyjny	0,631	0,132	0,560	4,766	0,000
Poczucie samoskuteczności	-0,390	0,286	-0,124	-1,349	0,181
Poczucie wsparcia	0,373	0,299	0,112	1,248	0,215
R= 0,663 R ² = 0,440 Popraw. R ² = 0,403					
F(6,90)= 11,780 p< 0,000 Błąd std. oszacowania: 7,419					

Wyniki przedstawione w tabeli 35 wskazują, że predyktorem stresu u osób wspierających chorych na białaczkę jest lęk dyspozycyjny ($\beta=0,560$, $p=0,000$). Im wyższa dyspozycja osobowościowa do przeżywania lęku w sytuacjach obiektywnie niezagrażających tym wyższy poziom stresu. Wyraźnie stresowi przeciwdziała poczucie koherencji ($\beta=-0,294$, $p=0,028$). Oznacza to, że wyższy poziom poczucia koherencji oraz niższy lęk dyspozycyjny sprzyjają obniżeniu poziomu stresu wśród osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Model okazał się dopasowany do zmiennych $F(6,90)= 11,780$ $p< 0,000$, wyjaśnia 44% ($R^2=0,440$) wariancji zmiennej stres.

8.2. Zasoby podmiotowe a style radzenia sobie ze stresem

Tabela 36 ilustruje wyniki analizy korelacji dotyczące związku pomiędzy zasobami podmiotowymi a stylami radzenia sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę.

Tabela 36. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi zasoby a stylami radzenia sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę

Zmienne	Styl zadaniowy	Styl emocjonalny	Styl unikowy	Angażowanie się w czynności zastępcze	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich
Poczucie koherencji	0,420**	-0,611**	0,092	-0,073	0,360**
Poczucie zrozumiałości	0,288**	-0,647**	0,050	-0,124	0,275**
Poczucie zaradności	0,326**	-0,516**	0,120	-0,036	0,316**
Poczucie sensowności	0,484**	-0,412**	0,051	-0,049	0,337**
Poczucie kontroli	0,342**	-0,468**	0,155	-0,012	0,433**
Unikanie	0,241*	-0,336**	0,072	-0,005	0,296**
Zmaganie się	0,297**	-0,528**	0,075	0,086	0,174
Utrzymywanie	0,224*	-0,244*	0,046	-0,093	0,259**
Doznawanie	0,210*	-0,268**	0,197*	0,009	0,412**
Lęk dyspozycyjny	-0,321**	0,619**	-0,128	-0,019	-0,336**
Poczucie samoskuteczności	0,369**	-0,490**	0,105	-0,087	0,333**
Poczucie wsparcia	0,356**	-0,115	0,031	-0,135	0,346**
Samooocena	0,391**	-0,463**	0,244*	0,026	0,405**

N=100, ** $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

N=100, * $p \leq 0,05$ (test dwustronny)

Wyniki przedstawione w tabeli 36 ukazały, że:

- większość badanych zasobów pozytywnie wiąże z instrumentalnym radzeniem sobie. Wyjątek stanowi lęk dyspozycyjny (wysoki jego poziom rozumiany jest jako deficyt), który ujemnie wiąże się ze stylem zadaniowym ($r_s = -0,321$). Najsilniejszy pozytywny związek występuje pomiędzy poczuciem koherencji ($r_s = 0,420$) oraz poczuciem sensowności ($r_s = 0,484$) a stylem skoncentrowanym na zadaniu,
- zasoby negatywnie wiążą się ze stylem skoncentrowanym na emocjach, poza lękiem dyspozycyjnym ($r_s = 0,619$) (w tym przypadku występuje silny dodatni związek). Jak wskazują uzyskane wyniki lęk dyspozycyjny zdecydowanie wiąże się z koncentracją na emocjach.

W związku z powyższym uzyskane wyniki (tabela 36) pozwalają na sformułowanie twierdzenia, że hipoteza H2/2 została potwierdzona. Hipoteza H2/2 zakładała, że wyższy poziom zasobów wiąże się ze stosowaniem bardziej skutecznego zmagania się ze stresem tj.

stosowaniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu. Natomiast stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach wiąże się z niższym poziomem zasobów podmiotowych.

Otrzymane wyniki (tabela 36) ujawniły również istotne pozytywne związki pomiędzy zasobami a stylem unikowym o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich. Obserwuje się, że najsilniej, z badanych zasobów z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich wiąże się samoocena, ogólne poczucie kontroli oraz kontrola o typie doznawanie.

W kolejnym kroku testowano modele zmiennych, od których zależą poszczególne style radzenia sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę. Wyniki przeprowadzonej analizy przedstawiono w tabeli 37. Model regresji dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu unikowego o charakterze angażowanie się w czynności zastępcze okazał się nieistotny statystycznie.

Tabela 37. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu skoncentrowanego na zadaniu

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	B	Błąd standardowy	Beta	t	Istotność
(Stała)	30,344	13,028		2,329	0,022
Poczucie koherencji	0,085	0,058	0,211	1,473	0,144
Samoocena	0,008	0,237	0,005	0,035	0,972
Poczucie kontroli	0,178	0,146	0,155	1,215	0,228
Lęk dyspozycyjny	-0,095	0,132	-0,092	-0,717	0,475
Poczucie samoskuteczności	0,269	0,295	0,091	0,911	0,365
Poczucie wsparcia	0,702	0,296	0,234	2,371	0,020
R= 0,663 R ² = 0,440 Popraw. R ² = 0,403					
F(6,87)= 7,765 p< 0,000 Błąd std. oszacowania: 7,271					

Styl skoncentrowany na zadaniu wyjaśniany jest przez poczucie wsparcia ze strony innych ($\beta=0,234$, $p=0,020$). Im wyższe poczucie wsparcia u osób wspierających chorych na białaczkę, tym częstsza koncentracja na instrumentalnym radzeniu sobie ze stresem. Wartość dla skorygowanego R^2 wynosi 0,440, co oznacza, że zmienne wprowadzone do modelu wyjaśniają styl skoncentrowany na zadaniu w 44%. Model jest dopasowany do zmiennych $F(6,90)=11,780$ $p< 0,000$.

Tabela 38. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu skoncentrowanego na emocjach

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	B	Błąd standardowy	Beta	t	Istotność
(Stała)	41,800	11,843		3,529	0,001
Poczucie koherencji	-0,143	0,052	-0,338	-2,730	0,008
Samoocena	-0,169	0,214	-0,089	-0,787	0,433
Poczucie kontroli	-0,005	0,132	-0,005	-0,041	0,967
Lęk dyspozycyjny	0,460	0,120	0,422	3,821	0,000
Poczucie samoskuteczności	-0,137	0,265	-0,045	-0,515	0,608
Poczucie wsparcia	0,547	0,273	0,170	2,004	0,048
R= 0,719 R ² = 0,518 Popraw. R ² = 0,485					
F(6,88)= 15,739 p< 0,000 Błąd std. oszacowania: 6,710					

Wyniki zamieszczone w tabeli 38 ujawniają, że styl emocjonalny u osób wspierających chorych na białaczkę silnie zależy od lęku dyspozycyjnego ($\beta=0,422$, $p=0,000$) i jak również jest wspierany przez poczucie wsparcia ze strony innych ($\beta=0,170$, $p=0,048$). Koncentracja na emocjach (głównie negatywnych) jest w znacznym stopniu wzmacniana przez lęk-cechę, czyli dyspozycję do lękowego sposobu reagowania na doświadczane sytuacje życiowe. Ponadto styl emocjonalny zasilany jest przez poczucie wsparcia ze strony innych. Negatywnym predyktorem stylu emocjonalnego jest poczucie koherencji ($\beta= -0,338$, $p=0,008$). Model, jak wskazuje wartość R^2 0,518, wyjaśnia 51% wariancji zmiennej stylu skoncentrowanego na emocjach. Model okazał się dopasowany do zmiennych $F(6,88)=15,739$ $p < 0,000$.

Tabela 39. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu skoncentrowanego na unikaniu

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	B	Błąd standardowy	Beta	t	Istotność
(Stała)	14,751	15,381		0,959	0,340
Poczucie koherencji	-0,108	0,071	-0,269	-1,514	0,134
Samoocena	0,607	0,283	0,337	2,144	0,035
Poczucie kontroli	0,209	0,173	0,187	1,206	0,134
Lęk dyspozycyjny	0,131	0,156	0,128	0,843	0,402
Samoskuteczność	0,443	0,341	0,154	1,299	0,197
Poczucie wsparcia	-0,104	0,349	-0,034	-0,297	0,767
R= 0,297 R ² = 0,088 Popraw. R ² = 0,027					
F (6,89)= 1,432 p< 0,211 Błąd std. oszacowania: 8,661					

Analiza regresji zamieszczona w tabeli 39 wykazała, że istotnym predyktorem dla stylu skoncentrowanego na unikaniu u osób wspierających chorych na białaczkę jest samoocena ($\beta=0,337$, $p=0,035$). Wysoka samoocena zasila u osób badanych predyspozycję do unikania myślenia i przeżywania sytuacji stresowej, jaką niewątpliwie jest choroba białaczkowa osoby bliskiej. Pozytywna samoocena sprzyja unikaniu koncentracji na negatywnych emocjach i mobilizuje do podejmowania aktywności wyzwających pozytywne przeżycia emocjonalne. Zatem wyższa samoocena sprzyjałaby unikaniu koncentracji na stresorze i negatywnych reakcjach emocjonalnych poprzez podejmowanie działań, które odwracają uwagę od stresora i wzbudzają pozytywne emocje.

Tabela 40. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu poszukiwanie kontaktów towarzyskich

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	B	Błąd standardowy	Beta	t	Istotność
(Stała)	-0,201	5,300		-0,038	0,970
Poczucie koherencji	-0,008	0,023	-0,054	-0,366	0,715
Samoocena	0,175	0,089	0,245	1,957	0,053
Poczucie kontroli	0,121	0,060	0,268	2,018	0,046
Lęk dyspozycyjny	0,028	0,054	0,070	0,523	0,602
Samoskuteczność	0,279	0,176	0,162	1,586	0,116
Poczucie wsparcia	0,212	0,120	0,172	1,763	0,602
R = 0,532 R ² = 0,283 Popraw. R ² = 0,236					
F(6,93) = 6,107 p< 0,000 Błąd std. oszacowania: 3,099					

Wyniki analizy regresji zamieszczonej w tabeli 40 ujawniły, że pozytywnym predyktorem stylu unikowego o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich jest samoocena ($\beta=0,245$, $p=0,053$) oraz poczucie kontroli ($\beta=0,268$, $p=0,046$). Model jest dopasowany do zmiennych $F(6,93)=6,107$ $p<0,000$, wprowadzone do modelu zmienne wyjaśniają 28% wariancji zmiennej poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Podsumowując, przedstawione powyżej analizy statystyczne stwierdza się, że wyższy poziom zasobów sprzyja stosowaniu stylu skoncentrowanego na zadaniu, z kolei ich deficyt potęgowany przez lęk dyspozycyjny prowadzi do koncentracji na negatywnych emocjach. Jak wskazują uzyskane wyniki, poczucie wsparcia jest pozytywnym istotnym predyktorem stylu instrumentalnego, jak również stylu skoncentrowanego na emocjach. Kierunek powyższej zależności w przypadku poczucia wsparcia jako pozytywnego predyktora stylu skoncentrowanego emocjonalnego jest odmienny od założonego. W związku z powyższym nasuwa się wyjaśnienie zaobserwowanych zależności, że poczucie wsparcia ze strony innych może pełnić rolę regulacyjną w stosunku do przeżywanych emocji. Należy uwzględnić, że choroba białaczkowa osoby bliskiej budzi wiele intensywnych emocji, często o znaku ujemnym. Możliwość skorzystania ze wsparcia rodziny czy przyjaciół może potęgować koncentrację na emocjach, ale jednocześnie stanowi okazję do ich ponownego przeżycia, ekspresji i opracowania poznawczego. Wsparcie w tym znaczeniu jako zasób może mieć charakter bufora (Wrona-Polańska, 2011, Sęk, 2011), który poprzez intensyfikację koncentracji na przeżyciach emocjonalnych związanych z chorobą osoby bliskiej prowadzi do ich odreagowania i minimalizacji napięcia i uruchomienia aktywności w celu poradzenia sobie ze stresem. Odreagowanie, nazwanie i zrozumienie tego co się przeżywa w konsekwencji może sprzyjać adaptacji do zaistniałej sytuacji i pozwolić na poszukiwanie aktualnie możliwego aktywnego rozwiązania problemu poprzez poznawcze jego przekształcenie lub zmianę sytuacji. Wyniki wskazują, że poczucie wsparcia mobilizuje rodzinę do radzenia zadaniowego. Z kolei u osób z dominującym stylem emocjonalnym poczucie wsparcia wzmacnia koncentrację na negatywnych emocjach w tym lęk.

9. Zasoby podmiotowe a zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę

W niniejszym rozdziale podjęto się sprawdzenia hipotezy H3 - opartej na Funkcjonalnym Modelu Zdrowia (FMZ) H. Wrony-Polańskiej - zakładającej, że: H3 Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z wyższym poziomem zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę.

W celu weryfikacji postawionej hipotezy obliczono współczynnik korelacji rang Spearmana pomiędzy zmienną zależną zdrowie ogólne i jej wskaźnikami a zmiennymi opisującymi zasoby osób wspierających chorych na białaczkę. Kolejno przeprowadzono analizę regresji metodą wprowadzania w celu wyłonienia predyktorów zdrowia.

Tabela 41. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi zasoby a zdrowiem osób wspierających chorych na białaczkę

	Ogólna zmienna zdrowie	Poczucie zdrowia	Poczucie braku zmęczenia	Poczucie spokoju	Udział w życiu społecznym	Poczucie jakości życia
Poczucie koherencji	0,505**	0,292**	0,373**	0,379**	0,415**	0,658**
Poczucie zrozumiałości	0,421**	0,183	0,312**	0,274**	0,390**	0,547**
Poczucie zaradności	0,356**	0,204**	0,214**	0,279*	0,246**	0,535**
Poczucie sensowności	0,331**	0,301**	0,334**	0,426**	0,380**	0,611**
Poczucie kontroli	0,487**	0,367**	0,285**	0,256*	0,355**	0,657**
Unikanie	0,383**	0,329**	0,156	0,317**	0,211*	0,453**
Zmaganie się	0,241**	0,188	0,240*	0,182	0,253**	0,069
Utrzymywanie	0,404**	0,339**	0,243*	0,150	0,255*	0,588**
Doznawanie	0,313**	0,203*	0,206*	0,069	0,241*	0,532**
Lęk dyspozycyjny	-0,616**	-0,477**	-0,393**	-0,455**	-0,504**	-0,500**
Poczucie samoskuteczności	0,414**	0,348**	0,334**	0,274*	0,387**	0,226*
Poczucie wsparcia	0,561**	0,513**	0,307**	0,395**	0,443**	0,470**
Samocena	0,433**	0,281**	0,237*	0,314**	0,414**	0,445**

N=100, ** $p \leq 0,01$ (test dwustronny)

N=100, * $p \leq 0,05$ (test dwustronny)

Jak wskazują wyniki analizy korelacji zamieszczone w tabeli 41:

- większość wykazanych związków pomiędzy zmiennymi ma charakter dodatni. Inaczej jest w przypadku lęku dyspozycyjnego, który ujemnie wiąże się ze zdrowiem, jak również z jego wskaźnikami. Co oznacza, że im wyższy poziom lęku dyspozycyjnego tym niższy poziom zdrowia, jak również poczucia zdrowia, poczucia braku zmęczenia, poczucia spokoju, udziału w życiu społecznym oraz poczucia jakości życia wśród osób bliskich wspierających chorych na białaczkę,
- poczucie wsparcia ze strony innych, poczucie koherencji oraz poczucie kontroli najsilniej pozytywnie wiążą się z ogólną zmienną zdrowie,
- silny związek występuje pomiędzy poczuciem koherencji i wszystkimi jego składowymi, jak również poczuciem kontroli oraz kontrolą o typie utrzymywania i zmagania a poczuciem jakości życia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę,
- poczucie wsparcia silnie wiąże się z poczuciem zdrowia badanych (wskaźnikiem ogólnej zmiennej zdrowie).

Wyniki zamieszczone w tabeli 41 potwierdzają hipotezę H3, że wyższy poziom zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę wiąże się z wyższym poziomem zasobów podmiotowych (niższym lęku dyspozycyjnego).

Aby pogłębić analizy statystyczne dotyczące zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę względem zasobów podmiotowych w celu wyłonienia predyktorów zdrowia zastosowano analizę regresji. Wyniki analizy regresji przedstawia tabela 42.

Tabela 42. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów zdrowia

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	B	Błąd standardowy	Beta	t	Istotność
(Stała)	54,461	15,886		3,429	0,001
Poczucie koherencji	0,017	0,070	0,029	0,237	0,814
Samoocena	-0,192	0,289	-0,073	-0,666	0,507
Poczucie kontroli	0,321	0,180	0,194	1,787	0,077
Lęk dyspozycyjny	-0,564	0,160	-0,375	-3,522	0,001
Poczucie samoskuteczności	0,626	0,358	0,146	1,748	0,084
Poczucie wsparcia	1,244	0,367	0,281	3,391	0,001
R= 0,724 R ² = 0,524 Popraw. R ² = 0,491					
F (6,88) = 16,123 p< 0,000 Błąd std. oszacowania: 8,976					

Analiza równań regresyjnych ujawniła (tabela 42), że istotnym ujemnym predyktorem zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę spośród zasobów jest lęk dyspozycyjny ($\beta = -0,375$, $p=0,001$), a dodatnim poczucie wsparcia ze strony innych ($\beta=0,281$, $p=0,001$). Im niższa predyspozycja do postrzegania sytuacji życiowych jako zagrażających i wyższe poczucie wsparcia ze strony innych, tym wyższe poczucie zdrowia u osób bliskich wspierających chorych na białaczkę.

Model okazał się dopasowany do zmiennych $F(6,88)=16,123$ $p<0,000$. Współczynnik determinacji wielokrotnej R^2 wynosi 0,524 co oznacza, że zmienne, które zostały uwzględnione w modelu wyjaśniają około połowy zmiennej zdrowie.

Podsumowując zasoby podmiotowe pełnią znaczącą funkcję w zakresie utrzymania zdrowia przez osoby badane. Wysokie poczucie koherencji pozwala postrzegać chorobę osoby bliskiej jako sytuację, którą można zrozumieć i nadać jej sens, a tym samym nie dopuścić do tego, aby napięcie wynikające z choroby przerodziło się w przewlekły stres. Poczucie kontroli pierwotnej i wtórnej pozwala zachować wewnętrzną równowagę, głównie w wyniku pozytywnego waloryzowania zdarzeń stresowych. Najsilniej

dodatkowo ze zdrowiem badanych koreluje kontrola pierwotna o typie utrzymywania oraz kontrola wtórna o typie doznawania. Dla zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę istotne jest poczucie wsparcia, które może być źródłem pozytywnych emocji, poprzez przekonanie o możliwości uzyskania oraz realną możliwość otrzymania zrozumienia i wsparcia ze strony rodziny czy przyjaciół. Zagrożący dla zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę jest wysoki poziom lęku dyspozycyjnego.

10. Dyskusja i wnioski z badań

Jak wskazują dane zamieszczone w części teoretycznej liczba zachorowań na choroby nowotworowe stale wzrasta (GUS, 2018, Stewart, Wild, 2014, WHO, 2018). Choroby nowotworowe stanowią realne zagrożenia dla dobrostanu osoby chorej, ale również jej bliskich. Jedną z bardziej specyficznych i nieprzewidywalnych chorób jest białaczka, białaczka dotyczy całego organizmu chorego, inaczej niż w przypadku nowotworów zlokalizowanych, kiedy nowotwór umiejscowiony jest w konkretnym narządzie. Obserwacja życia codziennego, jak również praktyka kliniczna pokazuje, że pomimo postępu medycyny i pozytywnych prognoz dotyczących leczenia chorób nowotworowych, u chorego oraz jego osób bliskich występuje trudność w adaptacji do nowej sytuacji jaką jest choroba bliskiej osoby. Dlatego też podjęto badania mające na celu określenie psychologicznych mechanizmów i uwarunkowań zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę. Należy podkreślić, że badania mają charakter eksploracyjny. Z przeglądu literatury wynika, że chroniczne schorzenie jednego członka rodziny zazwyczaj powoduje zmiany w systemie wartości całej rodziny. W literaturze wskazuje się, że choroba jednej osoby w rodzinie silnie oddziałuje na pozostałe bliskie osoby. Sprawowanie opieki nad osobą przewlekłe chorą jest przyczyną długotrwałego stresu, określanego również jako "brzemie rodziny", czy „obciążenie rodziny" (de Barbaro, 1992; Kawula, Brągiel, Janke, 2007; Gaugler, Kane, Langlois, 2010). Systemy rodzinne posiadają wiele mechanizmów umożliwiających przystosowanie do sytuacji stresowej, w momencie kiedy sytuacja jest wysoce stresująca mechanizmy te ulegają przeciążeniu (de Barbaro, 1999). Poziom obciążenia osoby wspierającej zależy w znacznej mierze od stanu osoby chorej (jej funkcjonowania psychofizycznego), jak również możliwości osoby sprawującej opiekę (umiejętności zmagania się ze stresem, poczucia wsparcia społecznego, stanu psychicznego) (Grabowska-Fudala, Jaracz, 2006). Należy mieć na uwadze fakt, że w świadomości społecznej choroba nowotworowa nadal funkcjonuje jako choroba o niepewnym rokowaniu, przez to diagnoza raka u osoby bliskiej wiąże się z doświadczeniem przez osoby wspierające wysokiego poziomu stresu psychologicznego (Kruk-Zagajewska, Kuśnierkiewicz, Szmeja, Golusiński, 1997). Jak wskazują dane z literatury wysoki poziom stresu, szczególnie przewlekłego, bezpośrednio zagraża zdrowiu (Wrona-Polańska, 2003, 2011).

Celem pracy było określenie psychologicznych mechanizmów, które w sytuacji licznych stresorów związanych z chorobą osoby bliskiej, pozwolą na zachowanie zdrowia

przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę. Równolegle będą sprzyjać adaptacji do nowej sytuacji i wiązać się z redukcją kosztów psychologicznych związanych z towarzyszeniem choremu poprzez mobilizację zasobów i poprawę funkcjonowania jednostki oraz rodziny w nowej, trudnej sytuacji.

Podstawę teoretyczną podjętych badań stanowił Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) Wrony-Polańskiej (2003, 2011). Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia "zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem, poprzez mobilizację zasobów, a skuteczne strategie z punktu widzenia zdrowia to: rozwiązywanie problemów, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia i niekoncentrowanie się na emocjach" (Wrona-Polańska 2011, s. 143). Twórcze radzenie sobie ze stresem wiąże się zgodnie z holistyczno-funkcjonalnym modelem zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2011) ze stosowaniem dostosowanych do oceny poznawczej sytuacji elastycznych sposobów radzenia sobie sprzyjających rozwiązaniu problemu, gdzie istotną rolę odgrywają zasoby jednostki. Model ten wskazuje na szczególną rolę zasobów w radzeniu sobie z trudną sytuacją. Stres rozpatrywany jest jako odwrotność zdrowia w rozumieniu funkcjonalnym, czyli jako rezultat deficytu w zasobach uniemożliwiającego zrównoważenie aktualnie doświadczanych przez jednostkę wymagań. W tym rozumieniu stres oznacza rozbieżność pomiędzy możliwościami osoby, a wymaganiami. Wymagania mogą być zewnętrzne lub wewnętrzne, możliwości to zasoby (podmiotowe i społeczne) posiadane przez jednostkę. Zgodnie z salutogenetycznymi założeniami Funkcjonalnego Modelu Zdrowia to od poziomu zasobów będzie zależał charakter transakcji stresowej, tj. czy będzie wpływała pozytywnie czy negatywnie na zdrowie. Kluczowa dla zdrowia zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia (2003, 2011) jest osobowość prozdrowotna i jej składowe, czyli zasoby podmiotowe (poczucie koherencji, samoocena, poczucie kontroli). Zasoby w sposób bezpośredni i pośredni (poprzez poziom stresu i sposoby radzenia sobie) prowadzą do zdrowia.

Wyniki przeprowadzonych badań dają możliwość udzielenia odpowiedzi na postawione w pracy pytanie: Jakie psychologiczne mechanizmy decydują o skutecznym radzeniu sobie ze stresem i utrzymaniu zdrowia przez osoby wspierające chorych na białaczkę? Kluczowe było znalezienie odpowiedzi jakie predyktory prowadzą do zdrowia u osób wspierających chorych.

W celu odpowiedzi na to pytanie na podstawie Funkcjonalnego Modelu Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2011) skonstruowano model teoretyczny zdrowia i jego uwarunkowań oraz sformułowano hipotezy badawcze. Za Wroną-Polańską (2003) przyjęto

w pracy, że zdrowie ma charakter wielowymiarowy. Podstawą holistyczno-funkcjonalnego ujęcia zdrowia jest relacja pomiędzy człowiekiem i jego otoczeniem. Zdrowie jest procesem obejmującym utrzymywanie dynamicznej równowagi pomiędzy zewnętrznymi wymaganiami a możliwościami sprostania im przez człowieka. Proces równoważenia zależy w znacznym stopniu od świadomej aktywności podejmowanej przez osobę (kreatora zdrowia) na rzecz zdrowia oraz od jej możliwości, czyli zasobów. Człowiek kreuje zdrowie poprzez dbanie o jego poziom, ochronę, podejmowanie działań w celu jego rozwoju.

W modelu badawczym szczególną rolę przypisano zasobom podmiotowym (tj. poczuciu koherencji, poczuciu kontroli, samoocenie, poczuciu wsparcia, poczuciu samoskuteczności oraz niskiemu poziomowi lęku dyspozycyjnego), które pośrednio i bezpośrednio warunkują zdrowie. Zasoby okazują się szczególnie istotne w sytuacji trudnej, kiedy występuje nasilenie stresu i osoba podejmuje wysiłek w kierunku znalezienia w sobie zasobów, takich które będą użyteczne w poradzeniu sobie z problemem (Hobfoll, 2006; Law, 2013; Wrona-Polańska 2003). Ponadto model badawczy obejmował poziom stresu oraz style radzenia sobie z nim. Przeprowadzone badania pozwoliły na jego weryfikację i określenie psychologicznych uwarunkowań zdrowia.

Do badania zdrowia przyjęto operacyjną definicję zdrowia Wrony-Polańskiej (2003) obejmującą siedem wskaźników zdrowia, w pracy przyjęto pięć wskaźników: poczucie zdrowia, poczucie spokoju, poczucie jakości życia, poczucie braku zmęczenia, udział w życiu społecznym. Suma wszystkich wskaźników składała się na ogólną zmienną zdrowie.

Poziom stresu, style radzenia sobie i zasoby podmiotowe (poczucie koherencji, samoocena, poczucie kontroli, lęk dyspozycyjny, poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej, poczucie wsparcia ze strony innych) stanowiły zmienne wyjaśniające, zmienna wyjaśniana to zdrowie i jej wskaźniki.

Podstawową metodą badań był opracowany na potrzeby pracy wywiad standaryzowany. Metoda ta została skonstruowana w oparciu o Kwestionariusz Wydarzeń Stresowych Heleny Wrony-Polańskiej (2003). Wywiad służył do diagnozy poziomu ogólnej zmiennej zdrowie i jej wskaźników. Ponadto w badaniach zastosowano techniki kwestionariuszowe. Badania miały charakter indywidualny.

Grupę badaną stanowiło 100 osób bliskich wspierających chorych na białaczkę, w tym 66 kobiet i 34 mężczyzn.

Analiza zebranego materiału miała charakter jakościowy i ilościowy. Opracowanie jakościowe danych pozwoliło poznać sposób traktowania zdrowia oraz jego wskaźników przez badanych, jak również dostarczyło interesujących informacji na temat sposobu

przeżywania stresu i choroby osoby bliskiej przez osoby wspierające chorych na białaczkę. Kluczowe w badaniach było uzyskanie odpowiedzi na pytanie dotyczące mechanizmów sprzyjających skutecznemu radzeniu sobie ze stresem i utrzymaniu zdrowia. W tym celu przeprowadzono analizę korelacji (służącą weryfikacji postawionych hipotez) oraz analizę regresji.

Wyniki ujawniły, że około 1/3 osób badanych odznacza się bardzo dobrym zdrowiem. Według prawie połowy osób badanych zdrowie jest najcenniejszą wartością, która umożliwia człowiekowi realizację celów osobistych, jak również zawodowych. 2/5 osób swoje zdrowie określiło jako niezadawalające. 1/3 osób badanych podała, że zainteresowanie ich zdrowiem zmalało od momentu zachorowania bliskiej osoby. Jak podaje literatura opiekunowie osób przewlekle chorych często przestają troszczyć się o swoje zdrowie i podejmują zachowania antyzdrowotne (mniejsza ilość snu, gorsza jakość pożywienia, mniej aktywności fizycznej i brak wypoczynku) (Rachel, Datka, Zyss, Zięba, 2014). U osób, które deklarowały wzrost zainteresowania swoim zdrowiem, wzrost ten nie przekładał się na zachowania przez nich podejmowane. Ciekawym rezultatem badań jest fakt, że część badanych na skali szacunkowej oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, natomiast fakt ten, jak pokazała analiza jakościowa, nie znajdował odzwierciedlenia w podawanych przez osoby badane uzasadnieniach wyboru na skali, badani równolegle wskazywali na występowanie objawów somatycznych i psychicznych w sytuacji zmęczenia. 1/3 osób uczestniczących w badaniu podała, że aktualnie odczuwa zmęczenie. Istotnie różnicującym czynnikiem zmienną poczucie braku zmęczenia okazała się płeć. Mężczyźni odczuwalni niższy poziom zmęczenia niż kobiety.

Flaskerund i współpracownicy (2000) donoszą, że osoby opiekujące się chorymi na nowotwór mają wyższy poziom niepokoju, złości i częściej cierpią z powodu zaburzeń snu w porównaniu ze wspierającymi chorych na AIDS i demencję. Doniesienia te pozostają spójne z uzyskanymi wynikami badań własnych. Dlatego wydaje się, że istotnym zasobem w kontekście radzenia sobie ze stresem w sytuacji wspierania chorej osoby jest poczucie samoskuteczności w zmaganiu się z chorobą bliskiej osoby. Wyniki przeprowadzonych badań ujawniły, że ponad połowa badanych ma niskie bądź przeciętne poczucie skuteczności w zmaganiu się z chorobą osoby bliskiej. Osoby badane z niskim poczuciem samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą podawały, że czują się bezradne wobec choroby osoby bliskiej i brak im wiedzy jak postępować w tej sytuacji. Fakt ten jest niepokojący, ponieważ zgodnie z doniesieniami z literatury, jednostki, które nie wierzą, że są w stanie poradzić sobie z zagrożeniem, doświadczają silnego i przewlekłego stresu (Nwosu,

Nwanguma, Onyebuchi, 2016; Schwarzer, Jerusalem, 1995). Tym bardziej istotne wydaje się zrozumienie wyżej opisanych rozbieżności w uzyskanych wynikach w zakresie oceny poziomu zdrowia na skali szacunkowej oraz uzasadnień wyboru dokonanego na skali i zgłaszanych przez badanych objawów somatycznych i psychicznych w sytuacji zmęczenia. Wyniki opisane powyżej wskazują, że osoby wyżej oceniają swoje zdrowie niż wskazują na to ich uzasadnienia oraz doświadczane objawy zmęczenia. Można przypuszczać, że osoby wspierające chorych na białaczkę poprzez porównywanie swojego stanu zdrowia do sytuacji choroby osoby bliskiej mają tendencję do bagatelizowania, negowania odczuwanych problemów zdrowotnych. Częstym argumentem było twierdzenie, że w porównaniu do choroby bliskiej osoby doświadczane trudności zdrowotne są mało znaczące. O powyższym świadczy wypowiedź jednego badanego, który wysoko ocenił swoje zdrowie: "Czym jest moje złe samopoczucie w obliczu białaczki mojej mamy? Boli mnie często głowa i kręgosłup. Ale patrząc na mamę to jestem zdrowy". Nasuwa się hipoteza, że być może badani deklarujący bardzo dobre i dobre zdrowie percypują siebie jako osobę, która w obliczu choroby członka rodziny jest zdrowa lub jest zobowiązana do zachowania zdrowia oraz sprawności mimo odczuwanego dyskomfortu na poziomie fizycznym i psychicznym. To na osobach zdrowych (wspierających) często spoczywa odpowiedzialność, w sytuacji choroby członka rodziny, za zapewnienie rodzinie bezpieczeństwa finansowego i emocjonalnego oraz utrzymanie dotychczasowego rytmu życia rodzinnego. W związku z tym chcą postrzegać siebie jako osobę zdrową mimo przejawów złego samopoczucia. Można zdefiniować takie osoby, jako zatracone we wspieraniu chorego, wyraźna wówczas jest koncentracja na zdrowiu osoby bliskiej, przy jednoczesnym zaniedbywaniu swojego zdrowia. Psychologicznym mechanizmem wyjaśniającym fakt, że badani wyżej oceniali swoje zdrowie niż wskazywałyby na to ich wypowiedzi oraz doświadczane objawy, jest obronne zaprzeczanie swoim dolegliwościom w obliczu choroby bliskiej osoby. Zaprzeczanie powadze doświadczanych objawów może pełnić rolę mobilizującą osoby wspierające do utrzymania sprawności i aktywności w podejmowanych rolach społecznych, jednakże zaprzeczanie i brak reakcji na doświadczane dolegliwości niosą ze sobą poważne ryzyko konsekwencji zdrowotnych związane ze znacznym pogorszeniem stanu zdrowia i związanymi z tym ograniczeniami. Potocznie, jak również w literaturze, można spotkać się z określeniem opiekunów jako tzw. ukrytych pacjentów. Towarzyszenie osobie chorej, niejednokrotnie - na co wskazują również przeprowadzone badania w ramach niniejszej pracy - to sytuacja stresowa o charakterze przewlekłym, potencjalnie zagrażająca zdrowiu osób wspierających. Jak wskazują doniesienia z literatury u opiekunów mogą pojawić się takie choroby jak:

nadciśnienie, zespół jelita wrażliwego, migrena, choroby serca, choroba wrzodowa, bóle w krzyżowym odcinku kręgosłupa, nowotwór. Ponadto obserwuje się zmienność nastroju, nasilenie wcześniej istniejących chorób, bóle stawowe i mięśniowe (Kawczyńska-Butrym, 2001). Jak pokazały badania wśród osób chorych na subiektywną ocenę własnego zdrowia i choroby, mają wpływ zniekształcenia poznawcze w obszarze percepcji swojego stanu zdrowia będące wynikiem uruchomienia mechanizmów represyjnych w celu poradzenia sobie z przeżywanym lękiem (Wrona-Polańska, 1985, 1989).

Ponad połowa badanych uzyskała wysokie lub przeciętne wyniki na skali do mierzenia lęku jako stanu (Kwestionariusz STAI X-1), za Wroną-Polańską (2011) w pracy przyjęto lękanie jako wskaźnik poziomu stresu osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Analiza jakościowa ujawniła, że głównym źródłem stresu podawanym przez osoby badane jest choroba bliskiej osoby, chorobę osoby bliskiej połowa osób badanych postrzega jako trudną/obciążającą. Jedną z przyczyn wysokiego poziomu stresu, mogą być predyspozycje osobowościowe, wysoki poziom lęku dyspozycyjnego badanych. Wysoki poziom lęku jako cechy to dodatkowy czynnik utrudniający funkcjonowanie osób wspierających chorych, trudno udzielać wsparcia choremu członkowi rodziny, jak również koncentrować się na pozytywnych emocjach, kiedy w przeżyciu dominują głównie negatywne emocje, które mogą udzielać się również choremu. Wyjaśnieniem wysokiego poziomu stresu, może być też fakt, że przebieg i leczenie białaczki jest ogromnie stresogenne i wiąże się z szeregiem ograniczeń i restrykcji dla chorego i jego bliskich. Białaczki bezpośrednio zagrażają zdrowiu i życiu pacjenta, ich przebieg jest nieprzewidywalny (Basak, 2016; Rzepecki, 2013; Wrona-Polańska, 2011, 2016a). Nadzieję na wyzdrowienie, daje możliwość przeprowadzenia transplantacji szpiku kostnego lub komórek macierzystych, niestety metoda ta wiąże się z licznymi ograniczeniami, które powodują, że przeżywa ok. 50% leczonych osób (Hołowiecki, 2006). W związku z tym wysoce niepewne jest czy leczenie doprowadzi do wyzdrowienia, czy nastąpi nawrót choroby. Leczenie chorych na białaczkę wymaga od pacjentów, ale też ich rodzin przejścia przez "śmiercionośny tunel nadziei", przejście to wiąże się z niewiadomą jaki będzie wynik leczenia oraz co czeka chorego i jego bliskich potem (Wrona-Polańska, 2011). Badania przeprowadzone wśród rodziców dzieci chorych na nowotwór wskazują, że diagnoza, hospitalizacja, leczenie, niepokój związany z powrotem do zdrowia, śmierć innych chorych, trudności materialne, problemy zawodowe oraz silne emocje osoby wspierającej i pozostałych członków w rodzinie oddziałują w znacznym stopniu urazowo (Baran, 2009). Podobnych wniosków dostarczyły badania przeprowadzone wśród opiekunów osób po

operacji kardiologicznej. Okazało się, że około 6 miesięcy po operacji, to u osób wspierających diagnozowano podwyższony poziom lęku i depresji (Brouwers i in., 2015). Rodzina w literaturze przedstawiana jest jako sieć wzajemnych interakcji pomiędzy jej członkami (de Barbaro, 2004). W tym rozumieniu jakakolwiek zmiana u jednego członka rodziny będzie wpływać na pozostałe osoby w systemie. Choroba nowotworowa znacząco dezorganizuje funkcjonowanie systemu rodzinnego, zaburzając go lub prowadząc do ostrego kryzysu. Jak wynika z badań, relacje w rodzinie odgrywają znaczącą rolę wspierającą dla chorych, jednakże w przypadku istniejących konfliktów w rodzinie, choroba może być dodatkowym czynnikiem zaburzającym (Wrona-Polańska, 1984). Lęk osób wspierających może być również potęgowany przez społeczny negatywny obraz nowotworu (rak=śmierć) (Cobb, 1959; Nęcki-Górniak, 1999; Wrona-Polańska, 1985, 1999, 2011). Badania Donovan, Jalleh i Jones (2003) wykazały, że samo słowo "rak" jest źródłem negatywnych emocji. Dodatkowym źródłem lęku osób wspierających chorych na białaczkę jest niepewność związana z tym jakie zachowania są właściwe wobec chorego (Wrona-Polańska, Kaczmarska, 2018). Skutkiem przeciążenia może być opisywany w literaturze zespół stresu opiekuna (Caregiver Stress Syndrome), określany też jako wypalenie. Wspieranie osób cierpiących na różne choroby, w tym nowotwory, jest postrzegane jako chroniczny czynnik stresogenny. Wspierający często odczuwają negatywne skutki psychologiczne, fizyczne i behawioralne zaangażowania w opiekę nad osobą chorą, które rzutują na ich zdrowie i codzienne funkcjonowanie. Osoby wspierające niejednokrotnie stają w obliczu wyboru pośród konkurujących ze sobą priorytetów. Doświadczają wielu jednoczesnych stresujących zdarzeń oraz przedłużającego się przewlekłego napięcia. Wówczas mogą pojawić się objawy odczuwane za pośrednictwem układu odpornościowego i autonomicznego. Szczególnie jest to widoczne zjawisko wśród opiekunów osób chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego, których przebieg często bywa intensywny i nieprzewidywalny (Bevans, Sternberg, 2012). Badania wśród osób sprawujących opiekę nad chorym na nowotwór ukazują, że wysoki poziom stresu opiekuna wiąże się z młodym wiekiem chorej osoby, objawami osoby chorej, młodym wiekiem wspierającego oraz braku satysfakcji z otrzymywanego wsparcia (w tym emocjonalnego) (Dumont i in. 2006).

Analiza wyników uzyskanych przez osoby badane, ukazała, że wyniki w zakresie badanych zasobów rozkładają się dosyć proporcjonalnie, zwraca uwagę wysoki poziom lęku dyspozycyjnego u badanych oraz niskie i przeciętne poczucie wsparcia i samoskuteczności. Wyniki badań wśród wspierających chorych na nowotwory wskazują, że opiekunowie, którzy

nie mają swojej sieci wsparcia są narażeni na wystąpienie choroby (Pitceathly, Maguire, 2003). Wysoki lęk dyspozycyjny może stanowić poważne zagrożenie dla zasobów osób, a szczególnie samooceny (Wrona-Polańska, 2011). Jeśli sytuacja stresowa nałoży się na wysoki poziom lęku jako cechy to skutkiem może być kumulacja negatywnych emocji i wzrost poziomu stresu.

Weryfikacja hipotezy pierwszej dotyczyła sprawdzenia istnienia związku pomiędzy poziomem zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę a poziomem stresu i radzeniem sobie ze stresem. Założono, że wyższy poziom zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę wiąże się z niższym poziomem stresu oraz ze skutecznym radzeniem sobie tzn. stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu, natomiast niższy poziom zdrowia ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach.

Uzyskane wyniki analizy korelacji pozwoliły potwierdzić hipotezę pierwszą. Ukazały, że wyższy poziom zdrowia wiąże się z niższym poziomem stresu i radzeniem instrumentalnym oraz z niższym poziomem stylu skoncentrowanego na emocjach. Wyższemu poziomowi zdrowia badanych sprzyja też styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich. Styl ten jak wynika z literatury sprzyja utrzymaniu zdrowia wśród osób zdrowych (Wrona-Polańska, 2003), ale też chorych (Heszen-Niejodek, 2000, 2004; Wrona-Polańska, 2011, 2016). Badacze wskazują styl skoncentrowany na zadaniu, jako adaptacyjny, bo służący podjęciu aktywności i zmianie sytuacji (Watson, 2000; Wrona-Polańska, 2003, 2011, 2016a), radzenie instrumentalne, zdolność do poznawczego przeformułowania i nadawania znaczenia obniża lub jest związane z niższym poziomem problemów zdrowotnych (Aldwin, Yancura 2004). Jednakże jak podkreślał Antonovsky (1995) problem ma charakter instrumentalny i emocjonalny, dlatego też aktywność musi być jednocześnie skierowana na zadaniowe rozwiązanie trudności oraz regulację emocji. Jak zauważono w części teoretycznej w literaturze przedmiotu brak jednak jednoznacznych przesłanek przesądzających o większej efektywności jednego stylu nad drugim.

W celu określenia predyktorów zdrowia przeprowadzono analizę regresji, która ujawniła dwa istotne predyktory zdrowia tj. styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich. Przy czym styl skoncentrowany na emocjach wiąże się negatywnie, natomiast poszukiwanie kontaktów towarzyskich pozytywnie ze zdrowiem osób wspierających chorych na białaczkę. Dla zachowania zdrowia istotne będzie unikanie koncentracji na negatywnych emocjach, które

sprzyjają kumulacji napięcia i zagrażają zdrowiu. Potwierdzają tę zależność także wyniki badań prowadzonych wśród chorych z białaczką po przeszczepie szpiku kostnego, jak również badania młodzieży uzdolnionej muzycznie (Curyło-Sikora, Wrona-Polańska, 2018; Wrona-Polańska, 2011, 2016a). Zdrowiu osób wspierających chorych na białaczkę służy styl unikowy o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich. Poszukiwanie wsparcia wśród rodziny czy przyjaciół wzmacnia zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę, kontakt z innymi może stymulować pozytywne emocje, które z kolei obniżają napięcie związane ze stresem. Jak wskazuje literatura przedmiotu w sytuacji choroby poszukiwanie kontaktów społecznych sprzyja dystansowaniu się do chorobowych symptomów oraz myśli na temat choroby. W rezultacie wzmożone angażowanie się w poszukiwanie kontaktów z innymi prowadzi do pozyskania wsparcia społecznego (Heszen, 2013).

Jak wykazały dalsze analizy korelacyjne, przeprowadzone w ramach podjętej rozprawy, stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę wiąże się z wyższym poziomem stresu. Stresowi przeciwdziała styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl unikowy o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich. Analiza regresji ujawniła, że istotnym pozytywnym predyktorem stresu jest styl skoncentrowany na emocjach. Im niższy poziom negatywnego afektu, koncentracji na własnych przeżyciach, rozmyślenia o problemie, obwiniania się tym niższe napięcie stresowe. Dla utrzymania spokoju i obniżenia stresowego pobudzenia ważna będzie umiejętność niekoncentrowania się na negatywnych emocjach, jak również odreagowania ich czy poznawczego opracowania.

W pracy poszukiwano związku pomiędzy czasem jaki upłynął od diagnozy choroby u osoby bliskiej a poziomem zdrowia i stresu osób wspierających chorych na białaczkę. Przeprowadzona analiza korelacji wskazała na słabe, ale istotne związki w tym obszarze. Dłuższy czas od diagnozy ujemnie koreluje z poczuciem zdrowia, a dodatnio z poczuciem przeżywanego stresu. Choroba chroniczna w znacznym stopniu prowadzi do zmian w obrębie życia zawodowego i osobistego samych chorych, ale również osób wspierających, rodzi niepewność dotyczącą przyszłości, związaną z lękiem o zdrowie osób chorych. Długotrwały stan napięcia wpływa negatywnie na jakość życia chorego oraz osób go wspierających. Czas jest wpisany w pojęcie choroby przewlekłej. Charakterystyczne jest, że choroba przewlekła staje się częścią życia chorego i jego bliskich na czas nieokreślony, w odróżnieniu od ostrego, nagłego schorzenia. Może być powodem bólu i cierpienia, osamotnienia oraz zmian w obrębie tożsamości (Ostrowska, 2008).

Kolejno podjęto się sprawdzenia drugiej hipotezy, która zakładała, że skuteczne radzenie sobie ze stresem przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę jest funkcją zasobów. Założono, że wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem stresu i stosowaniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu. Natomiast niższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się ze stosowaniem stylu emocjonalnego.

Analizy korelacyjne przeprowadzone pomiędzy zasobami a poziomem stresu oraz stylami radzenia sobie ze stresem osób wspierających chorych na białaczkę, pozwoliły na potwierdzenie hipotezy drugiej. Wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z niższym poziomem stresu osób badanych i skutecznym radzeniem sobie.

Wyniki przeprowadzonych badań wśród osób bliskich wspierających chorych na białaczkę ujawniły najsilniejszy negatywny związek pomiędzy poczuciem koherencji (szczególnie poczuciem sensowności) i samooceną a poziomem stresu badanych. Antonovsky wprowadził pojęcie poczucia koherencji w celu opisu charakterystyki jednostki zachowującej zdrowie, nawet w skrajnie niekorzystnej sytuacji psychologicznej (Cieciuch, 2010). Powyższy uzyskany w pracy wynik jest zgodny z doniesieniami z literatury, które dowodzą, że silne poczucie koherencji ujemnie wiąże się z negatywną oceną stresu, depresją, lękiem, czy obniżonym nastrojem (Sęk, Ścigała, 1996). Silne poczucie koherencji, jak wynika z badań, chroni człowieka przed negatywnymi konsekwencjami stresu (Heszen-Niejodek, 1997). Z kolei badania Pasikowskiego (2000) wykazały, że silne poczucie koherencji sprzyja ocenianiu stresujących wydarzeń i bodźców jako mniej obciążających. Ponadto osoby odznaczające się silnym poczuciem koherencji mają tendencję do oceniania trudnych sytuacji w kategoriach wyzwania, ocena taka mobilizuje do podjęcia aktywności. Jak wynika z literatury poczucie koherencji, jako metazasób, istotnie wpływa na zdrowie (Antonovsky, 1995). Wiaże się z bardziej efektywnym korzystaniem z zasobów odpornościowych w sytuacji stresu i traktowaniem stresorów jako wyzwania i możliwości do samorozwoju (Wrona-Polańska, 2011). Z kolei poczucie sensu życia istotnie wiąże się z podejmowanymi strategiami radzenia sobie w zagrażającej sytuacji, posiadaniem bliskich relacji z ludźmi, satysfakcją z życia oraz przekonaniem o swoich zdolnościach (Szymanowska, 1992). Jak wskazuje wynik analizy korelacji stres negatywnie wiąże się z samooceną badanych. Według Wrony-Polańskiej (2011) wysoka samoocena stanowi źródło pozytywnych emocji, które przekładają się na przekonanie osoby o możliwości rozwiązania trudnej sytuacji.

Poziom stresu u osób wspierających chorych na białaczkę był potęgowany przez lęk dyspozycyjny, czyli predyspozycję osobowościową do postrzegania wydarzeń jako zagrażających, wysoki poziom lęku dyspozycyjnego był rozpatrywany w kategoriach deficytu, natomiast niski zasobu. Analizy regresji ujawniły, że pozytywnym predyktorem stresu jest lęk dyspozycyjny, a przeciwdziała stresowi poczucie koherencji, co pozostaje w zgodzie z danymi z literatury (Sęk, Pasikowski, 2001; Wrona-Polańska, 2003, 2011, 2016, 2017). Wynik ten wydaje się bardzo ważny, szczególnie jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że choroba białaczkowa ze względu na nieprzewidywalny charakter jest czynnikiem wysoce stresogennym. Jeśli na wysoki poziom stresu dodatkowo nałoży się czynnik osobowościowy w postaci wysokiego lęku dyspozycyjnego to uzasadnione wydaje się twierdzenie, że osoby wspierające szczególnie wymagają pomocy psychologicznej, bo nie radzą sobie w stresowych sytuacjach i poprzez swoje zachowanie mogą być dodatkowym źródłem stresu dla chorego. Wówczas nie tylko sytuacja jest źródłem stresu/lęku, ale także dyspozycja osobowościowa, która potęguje stres/lęk. Wysoki poziom stresu, przede wszystkim u osób lękowych, stanowi zagrożenie dla ich zdrowia, a także zdrowia osób chorych. Jeśli osoby wspierające doświadczają wysokiego poziomu stresu, to można przypuszczać, że również osoby chore, zwłaszcza osoby lękowe. Jak wynika z przeprowadzonych badań duża część osób wspierających chorych na białaczkę odznaczała się wysokim lękiem dyspozycyjnym.

Analizy korelacyjne wykazały, że wyższy poziom zasobów wiąże się z radzeniem skoncentrowanym na zadaniu, najsilniejsze związki wystąpiły pomiędzy poczuciem koherencji, poczuciem sensowności, samoskuteczności i samooceną a instrumentalnym radzeniem. Wyższy poziom zasobów (głównie poczucie kontroli o typie doznawania oraz samoocena) zasila także styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich. Kontakt z drugim człowiekiem sprzyja wyzwalaniu pozytywnych emocji, pozytywnemu przewartościowaniu trudnych wydarzeń, a przez to chroni przed konsekwencjami zdrowotnymi długotrwałego stresu, jakim może być choroba osoby bliskiej. Badania wśród mężczyzn wspierających żony chore na nowotwór pokazały, że rozmowa z innymi wspierającymi przekładała się na bardziej skuteczne radzenie sobie oraz służyła rozładowaniu negatywnych emocji (Zahlis, Shands, 1991). Poczucie kontroli oraz samoocena sprzyja poszukiwaniu kontaktów towarzyskich przez osoby wspierające chorych na białaczkę. Silne poczucie kontroli cechuje dojrzałość emocjonalna, spójność i równowaga w obrębie struktur poznawczych. Takie poczucie kontroli umożliwia osiąganie celów życiowych, jak również chroni przed nadmierną kumulacją napięcia (Wrona-Polańska, 2003). Jak wykazały przeprowadzone analizy w ramach niniejszej rozprawy niskie poczucie koherencji (również

zrozumiałości) i kontroli, niska samoocena oraz słabe poczucie skuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej wiążą się ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach przez osoby bliskie wspierające chorych na białaczkę. Niski poziom przekonania o własnej skuteczności, w potencjalnie zagrażających sytuacjach, wiąże się z wyższym poziomem odczuwanego napięcia (Bandura, 2007). Powyższe twierdzenie wydaje się spójne z uzyskanymi w pracy wynikami wskazującymi na występowanie istotnego statystycznie związku pomiędzy niskim poczuciem samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej a wyższym poziomem stylu skoncentrowanego na emocjach. Zdaniem Bandury (2011) na podstawie przekonania o własnej skuteczności bardziej trafnie można przewidzieć przyszłe zachowanie człowieka niż na podstawie jego dotychczasowych osiągnięć, czy deklaracji dotyczących jego umiejętności bądź poziomu realizacji zadania. Tym co w znacznym stopniu przesądza o tym jak osoba czuje, myśli, jakie podejmuje zachowanie oraz jaką ma motywację jest wiara w swoją skuteczność (Bańka, 2005). Przekonanie o własnej skuteczności zmagania się w sytuacjach stresowych wiąże się z poziomem lęku i depresji (Bandura, 1989). Niskie poczucie skuteczności w radzeniu sobie ze stresem może powodować wzrost napięcia lękowego i utrudniać wykonanie zadania (Galla, Wood, 2012). Wyniki przeprowadzonych w pracy analiz korelacyjnych ujawniły, że lęk dyspozycyjny pozytywnie wiąże się ze stylem skoncentrowanym na emocjach, negatywnie zaś wiąże się ze stylem zadaniowym i poszukiwaniem kontaktów towarzyskich.

W celu określenia predyktorów stylów radzenia sobie ze stresem zastosowano analizę regresji. Wyniki regresji ujawniły, że istotnym dodatnim predyktorem stylu skoncentrowanego na zadaniu jest poczucie wsparcia ze strony innych, zaś stylu emocjonalnego pozytywnym predyktorem jest lęk dyspozycyjny oraz poczucie wsparcia ze strony innych, a ujemnym poczucie koherencji. Styl zadaniowy oznacza podejmowanie aktywności w celu rozwiązania sytuacji stresowej lub jej zmianę poprzez poznawcze opracowanie, styl emocjonalny charakteryzuje się koncentracją na sobie i negatywnych emocjach przejawiającą się w skłonności do fantazjowania i myślenia życzeniowego, których celem jest likwidacja lub minimalizacja napięcia wynikającego z sytuacji stresowej, wielokrotnie jednak efekt jest odwrotny i napięcie wzrasta (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2009). Kierunek w przypadku poczucia wsparcia jako predyktora stylu skoncentrowanego na emocjach okazał się odmienny od zakładanego. Uzyskane wyniki wskazują, że poczucie wsparcia sprzyja stylowi radzenia skoncentrowanemu na zadaniu oraz na emocjach. Wynik ten wydał się zastanawiający i interesujący, szczególnie, że zasób w postaci poczucia wsparcia ze strony innych okazał się

pozytywnym predyktorem stylu emocjonalnego, a spodziewano się związku odwrotnego. W związku z tym można postawić hipotezę, co już zaznaczono wcześniej, że poczucie wsparcia ze strony innych może pełnić rolę regulacyjną w stosunku do przeżywanych emocji. Świadomość możliwości skorzystania ze wsparcia innych osób (przyjaciół, rodziny lub innych osób) z jednej strony może wzmacniać koncentrację na negatywnych przeżyciach emocjonalnych, z drugiej zaś może stanowić okazję do ich wyrażenia i przepracowania, a w konsekwencji obniżenia napięcia. Wsparcie może być buforem lub nasilać emocje, ale do pewnego momentu, po to, żeby podjąć działanie, albo uruchomić mechanizmy represyjne w celu obniżenia lęku. W tej sytuacji wysokie emocje dają znać, że trzeba podjąć działanie w kierunku redukcji napięcia. Poczucie wsparcia w przypadku osób wspierających chorych na białaczkę z jednej strony wspiera aktywne działania zmierzające do poradzenia sobie z sytuacją stresową, z drugiej wzmacnia koncentrację na emocjach, które jak wynika ze specyfiki choroby białaczkowej oraz jej złożonego i trudnego leczenia, mogą być szczególnie silne zarówno u osób wspierających, jak i samych chorych. Sytuacja choroby nowotworowej rodzi przede wszystkim wysokie emocje.

Samooocena okazała się pozytywnym predyktorem stylu unikowego oraz stylu unikowego polegającego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Oprócz samooceny istotnym dodatnim predyktorem stylu unikowego o charakterze poszukiwania kontaktów społecznych jest też poczucie kontroli. Jak wynika z literatury wyższa samoocena często wiąże się z dyspozycją do doświadczania pozytywnych emocji (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008). Pozytywna samoocena sprzyja unikaniu koncentracji na negatywnych emocjach i mobilizuje do podejmowania aktywności wyzwalającej pozytywne emocje, jaką może być kontakt z innymi ludźmi. Wyniki te są zbieżne z wynikami badań Wrony-Polańskiej (Wrona-Polańska 1989, 1991, 2007) prowadzonymi wśród chorych z białaczką leczonych tradycyjnie. Badania osób chorych na białaczkę pokazały regulacyjną rolę samooceny w zmaganiu się pacjenta z chorobą. Wydaje, że wyższa samoocena wiąże się z unikaniem koncentracji na stresorze (jakim jest choroba nowotworowa osoby bliskiej) oraz na negatywnych emocjach poprzez podejmowanie aktywności, która sprzyja odwracaniu uwagi od stresora i wzbudza pozytywne emocje. Dlatego też właściwa wydaje się hipoteza, że wysoka samoocena oraz poczucie kontroli sprzyja inicjowaniu przez osoby wspierające chorych na białaczkę poszukiwania kontaktu z innymi, kontakty towarzyskie z kolei pozwalają na odreagowanie napięcia oraz często są źródłem pozytywnych emocji. W przypadku osób wspierających chorych na białaczkę, w obliczu uzyskanych wyników

wskazujących na wysoki poziom doświadczanego przez nich stresu, odwracanie uwagi od choroby bliskiej osoby wydaje się szczególnie korzystne dla ich zdrowia. Unikanie, głównie poprzez nawiązywanie kontaktów interpersonalnych, stwarza możliwość zdystansowania się do choroby osoby bliskiej i może sprzyjać doświadczeniu pozytywnego afektu.

Otrzymane wyniki badań w zakresie wyznaczników stylów radzenia sobie są zgodne z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, 2011). Wszystkie trzy style biorą udział w radzeniu sobie ze stresem choroby własnej (Wrona-Polańska, 2011), jak wskazują wyniki badań własnych również ze stresem choroby osoby bliskiej. Wyraźnie wyniki wskazują, że posiadanie wsparcia mobilizuje rodzinę do podjęcia aktywności na rzecz odzyskania zdrowia osoby bliskiej, czyli wzmacnia styl zadaniowy. Natomiast u osób z dominującym stylem emocjonalnym i lękowych posiadanie wsparcia jeszcze bardziej potęguje ich lęk. Natomiast pozytywna samoocena wzmacnia styl unikowy, czyli odsuwanie myślenia o chorobie poprzez szukanie pozytywnych emocji, kontakt z innymi osobami, kontakt z przyrodą, czy sztuką. Wyniki dotyczące wsparcia pokazują, że poczucie wsparcia, jako zasób, ma charakter złożony, generalnie wzmacnia istniejącą tendencję. U osób zadaniowych mobilizuje do działania, natomiast u lękowych poczucie bycia wspieranym staje się dodatkowym źródłem lęku (por. Wrona-Polańska, 2011).

Dalsze analizy zmierzały do weryfikacji trzeciej hipotezy zakładającej, że wyższy poziom zasobów podmiotowych wiąże się z wyższym poziomem zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę.

Wyniki przeprowadzonej analizy korelacji ukazały, że zdrowie osób badanych wiąże się z posiadanymi przez nich zasobami. Większość związków w tym obszarze była pozytywna, z wyjątkiem związku pomiędzy lękiem dyspozycyjnym a zdrowiem i jego wskaźnikami. Najsilniej pozytywnie ze zdrowiem wiązało się poczucie wsparcia ze strony innych, poczucie koherencji i kontroli. Uzyskane dane pozwoliły potwierdzić trzecią hipotezę, która pozostawała w całkowitej zgodności z podstawą teoretyczną pracy tj. Funkcjonalnym Modelem Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003, 2011, 2016a).

Analiza regresji wykazała, że im wyższe poczucie wsparcia ze strony innych, tym wyższe zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę. Negatywnym predyktorem zdrowia badanych okazał się lęk dyspozycyjny. Wysoki lęk dyspozycyjny jako tendencja do lękowego postrzegania rzeczywistości obniża poziom zdrowia badanych. Zasobem, który wzmacnia zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę jest poczucie wsparcia ze strony

innych osób. W literaturze często wskazuje się wsparcie społeczne jako zasób chroniący dobrostan człowieka oraz sprzyjający jego zdrowiu poprzez obniżanie poziomu stresu, czy wspieranie procesów adaptacji (Pennebaker, 1990; Wrona-Polańska, 2011; Sęk 2011).

Reasumując, uzyskane wyniki pozwoliły na sformułowanie wyjaśnień dotyczących psychologicznych mechanizmów i uwarunkowań zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę. Badania osób wspierających chorych na białaczkę wykazały, że najistotniejsze w kontekście utrzymania zdrowia i radzenia sobie ze stresem są posiadane przez jednostkę zasoby podmiotowe. Powyższy wynik badań jest zgodny z przyjętym za podstawę teoretyczną Funkcjonalnym Modelem Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, 2011). Jak wskazuje literatura dla zdrowia zagrażająca jest koncentracja na negatywnych emocjach i deficyty w zasobach, a szczególnie lęk dyspozycyjny. Skutkiem negatywnych emocji oraz stresogennych relacji w rodzinie jest osobowość lękowa. Osobowość lękowa stanowi deficyt zagrażający zasobom podmiotowym jednostki oraz skutecznemu radzeniu sobie ze stresem. W rezultacie może prowadzić do utraty zdrowia. Dla zachowania zdrowia i powrotu do niego istotna jest mobilizacja zasobów, podejmowanie aktywności służącej uwalnianiu negatywnych emocji, w celu uniknięcia ich kumulacji, a także wyzwalanie i podtrzymywanie pozytywnych emocji (Wrona-Polańska, 2011). Pozytywne emocje jak pokazały badania Fredrickson i Levenson (1998) pełnią funkcję ochronną przed zagrożeniami wynikającymi z doświadczania emocji negatywnych, w sytuacji pobudzenia układu sercowo-naczyniowego emocje pozytywne względnie szybko pozwalają powrócić do jego optymalnego funkcjonowania, zależności tej nie zaobserwowano wśród osób, u których wzbudzano emocje negatywne lub wystawiano na oddziaływanie czynnika o charakterze neutralnym. Negatywne emocje, takie jak wrogość, gniew, czy lęk poprzez długotrwałą aktywację układu sercowo-naczyniowego mogą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia człowieka.

Ważne dla zachowania zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę okazuje się wysokie poczucie koherencji, pozytywna samoocena, silne i stabilne poczucie kontroli oraz poczucie wsparcia ze strony innych, jak również poczucie skuteczności w zmaganiu się z chorobą osoby bliskiej. Szczególnie istotne dla zdrowia, zgodnie z teorią salutogenezy, jest poczucie koherencji. To osobisty metazasób, który kieruje pozostałymi uogólnionymi zasobami człowieka. Według Anonovsky'ego stanowi "klucz do zdrowia". Zmienna ta pozytywnie wpływa na stan zdrowia i radzenie sobie ze stresem (Heszen, Sęk, 2012). Jak wskazują badania, niskie poczucie koherencji ogranicza umiejętność korzystania

z dostępnych zasobów wewnętrznych i zewnętrznych w sytuacji radzenia sobie z chorobą (Sheridan, Radmacher, 1998). Badania Wrony-Polańskiej (2003) ujawniły związek poczucia koherencji ze zdrowiem, szczególnie poczucia zaradności i sensowności. Badaczka wyciąga konkluzję, że poczucie zaradności i sensowności (tj. przekonanie o własnych możliwościach radzenia sobie z trudnościami oraz poczucie sensu życia) sprzyjają skutecznemu radzeniu, a przez to stają się źródłem pozytywnych emocji, w konsekwencji podnoszą jakość życia i pozwalają zachować zdrowie.

Sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym na nowotwór jest sytuacją wysoce stresogenną narażającą osoby wspierające na utratę zdrowia (Wen i in., 2012; Penson, Dignan, Canellos, Picard, Lynch, 2000; Pinguart, 2003), co potwierdzają również badania własne osób wspierających chorych na białaczkę, połowa badanych doświadcza wysokiego poziomu stresu. Wnioski z wyżej przytoczonych badań wydają się spójne z wynikami przeprowadzonej w pracy analizy jakościowej, która wskazała, że część osób bliskich wspierających chorych na białaczkę charakteryzuje tendencja do negowania odczuwanych objawów somatycznych i psychicznych, co w konsekwencji może prowadzić do obniżenia lub utraty zdrowia. Badania w tym obszarze wymagałyby pogłębienia w celu szczegółowego wyjaśnienia zauważonych tendencji. Niepokojącą informacją płynącą z badań jest to, że spora część badanych odczuwa wysoki poziom zmęczenia. Wyniki uzyskane w zakresie poziomu poczucia zmęczenia osób wspierających chorych na białaczkę są zbieżne z badaniami kobiet opiekujących się przewlekłe chorymi, duża część z nich doświadcza chronicznego zmęczenia, ponad połowa cierpi na bezsenność mimo odczuwanego zmęczenia (Zysnarska, Wojnicz-Michera, Taborowska, KołECKI, Maksymiuk, 2010). Podobne wyniki uzyskano wśród opiekunów osób po udarze mózgu, osoby te podawały, że częściej niż przed rozpoczęciem opieki odczuwają zmęczenie, doskwiera im brak snu oraz rezygnują z realizacji swoich potrzeb (Morawska, Gutysz-Wojnicka, 2008). 2/3 badanych osób bliskich wspierających chorych na białaczkę ma medyczną diagnozę choroby. 1/2 spośród tych osób uważała, że pojawienie się choroby związane jest ze stresem, którego doświadczyli od momentu wystąpienia białaczki u osoby bliskiej. Podobnie jak opiekunowie osób chorych po udarze mózgu - 47% osób podało, że częściej chorują odkąd podjęli opiekę (Morawska, Gutysz-Wojnicka, 2008). Interesujący wydaje się fakt, że 1/3 osób badanych zadeklarowała, że od momentu diagnozy białaczki u bliskiej osoby ich zainteresowanie zdrowiem wzrosło. Jednakże wzrost ten głównie objawia w większym nasileniu myśli na temat swojego zdrowia, czyli nie przekłada się na wzrost podejmowanych zachowań prozdrowotnych.

Wyższy poziom zdrowia osób badanych, jak pokazały analizy, wspierany jest przez styl skoncentrowany na zadaniu, czyli podejmowanie różnych aktywności (również poznawczych) w celu rozwiązania trudnej sytuacji oraz styl unikowy o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich. Zdrowiu osób wspierających chorych na białaczkę sprzyja wysoki poziom zasobów podmiotowych (głównie poczucie wsparcia, poczucie koherencji oraz poczucie kontroli). Wysoki poziom zasobów (przede wszystkim poczucia koherencji, w tym poczucie sensowności oraz wysoka samoocena) przeciwdziała stresowi osób wspierających chorych na białaczkę. Wysoki poziom zasobów umożliwia pozytywną ocenę siebie, swoich możliwości oraz doświadczanych wydarzeń i wspiera zdolność do wyzwalania w sobie pozytywnych emocji, co prowadzi do skutecznego radzenia sobie z problemami opartego na podejściu zadaniowym, pozytywnym przewartościowaniu i umiejętnemu korzystaniu ze wsparcia osób z otoczenia (Wrona-Polańska, 2011). Przyczyną choroby może być długotrwały brak kontaktów społecznych, samotność czy stres społeczny. W literaturze wskazuje się na związki pomiędzy wsparciem społecznym, stresem i zmaganiem się. Spostrzegana dostępność zasobów częściowo decyduje o ocenie poznawczej sytuacji stresowej (Knoll, Schwarzer, 2004).

Wyniki badań dostępnych w literaturze sugerują, że pomoc w opracowaniu problemów emocjonalnych osobom wspierającym chorych na nowotwór może mieć korzystne skutki w postaci odnalezienia sensu w doświadczaniu udzielania wsparcia osobie chorej oraz budowaniu wspierających relacji rodzinnych (McMillan i in., 2006; Toseland, Blanchard, McCallion, 1995). W konsekwencji rezultatem wspierających interwencji może być poprawa jakości życia opiekunów, zarówno w czasie stawiania diagnozy, leczenia, jak i w późniejszym okresie choroby osoby bliskiej (Kim, Kashy, Spillers, Tekla 2010). Williams (2007) na podstawie badań wśród opiekunów osób po przeszczepie szpiku kostnego określił potencjalne wspierające czynniki w roli opiekuna, takie jak: zaangażowanie, dbanie o siebie, negocjacja ról i zarządzanie swoimi oczekiwaniami. Wspierająco może również oddziaływać docenienie wkładu opiekuna, udzielenie konkretnej informacji dotyczącej sprawowania opieki oraz umożliwienie nawiązania relacji opartej o poczucie bezpieczeństwa z innymi opiekunami.

Z podjętymi badaniami w ramach niniejszej rozprawy wiążą się pewne ograniczenia, grupa była dosyć homogeniczna, przeważały w grupie kobiety, jak wskazuje literatura rolę osoby wspierającej/opiekuna chorego sprawują głównie kobiety (por. Krawczyk-Wasielewska, Mojs, Skorupska, Keczmer i in., 2016; Mikołajczyk-Lerman, 2011; Zysnarska, Wojnicz-Michera, Taborowska i in., 2010). To może ograniczać możliwość uogólnienia

wyników badań na inne populacje osób wspierających chorych na nowotwór lub z innymi chorobami przewlekłymi. Otrzymane wyniki badań wymagałyby w związku z powyższym potwierdzenia wśród innych populacji, a przede wszystkim osób wspierających chorych na inne rodzaje chorób nowotworowych.

Kolejnym ograniczeniem może być fakt, że badania były przeprowadzone w trakcie jednego pomiaru, warto byłoby przeprowadzić badania podłużne, żeby przede wszystkim sprawdzić w jaki sposób zmienia się poziom zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę oraz zmaganie się ze stresem. Na tym etapie pracy, badania podłużne nie były możliwe do zrealizowania, głównie ze względu na ograniczony i trudny dostęp do osób wspierających na białaczkę. Mógłby to być dalszy kierunek badań.

Przeprowadzone badania mają charakter eksploracyjny, zwykle badaną grupę stanowią osoby chorujące, natomiast niewiele jest doniesień na temat badań dotyczących osób wspierających chorych na nowotwory. W obliczu narastającego problemu społecznego jakim są choroby nowotworowe, podjęta w pracy problematyka oraz uzyskane wyniki badań wydają szczególnie potrzebne i użyteczne społecznie. Dostarczają wielu istotnych wniosków dotyczących zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę oraz wyznaczają w tym obszarze kolejne kierunki badań. Jak zaznaczono wcześniej badania dotyczące psychologicznej sytuacji osób wspierających chorych na nowotwór są nieliczne. Analiza dostępnej literatury ukazuje, że choroba osoby bliskiej, od diagnozy poprzez leczenie, to ogromne obciążenie dla bliskich, mobilizujące sposoby radzenia sobie w celu sprostania trudnościom jakie niesie choroba. Nasuwa się konkluzja, że warto kontynuować badania uwzględniając możliwość włączenia do badań innych czynników, które mogą być wyznacznikiem zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę. Jak wskazują otrzymane wyniki, za Wroną-Polańską (2003, 2011, 2016a), można sformułować stwierdzenie, że osią zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę jest stres. Należy podkreślić, że jego wysoki poziom zaburza równowagę w systemie człowiek-otoczenie. Poziom stresu wzmacniany jest przez styl emocjonalny, który prowadzi do koncentracji na negatywnych emocjach, przez to ich kumulacji, co zagraża utrzymaniu zdrowia, ale także utrudnia powrót do niego. Sytuacja choroby osoby bliskiej jest złożona i obciążająca, bliscy chorzy osób wspierających potrzebują wsparcia, natomiast wspierający, żeby mogli go udzielać muszą w pierwszej kolejności sami poradzić sobie z tym stresogennym dla nich doświadczeniem. W radzeniu sobie ze stresem, jak pokazały długoletnie badania Wrony-Polańskiej m.in. wśród osób po transplantacji szpiku, ważne są skuteczne sposoby radzenia oraz umiejętność pozytywnego przewartościowania. Należy podkreślić, że tylko nieliczne osoby potrafią

aktywnie w sposób poznawczy opracować stres, zależy to od posiadanych przez nich zasobów.

W kontekście uzyskanych wyników badań należy zaznaczyć potrzebę budowania i wzmacniania zasobów oraz skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem u osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na sformułowanie odpowiedzi na postawione w pracy pytanie badawcze dotyczące psychologicznych mechanizmów zdrowia - zdrowie osób wspierających warunkowane jest przez stosowanie skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem, gdzie ważne są zasoby. Wniosek ten jest zgodny z przyjętymi w pracy założeniami opartymi o Funkcjonalny Model Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003, 2011) dotyczącymi psychologicznych uwarunkowań zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę. Efektywne radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu i unikaniu wiąże się z niższym poziomem stresu oraz wyższym poziomem zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę. Zasadniczą rolę w procesie radzenia sobie ze stresem oraz budowaniu zdrowia osób bliskich chorych na białaczkę pełnią zasoby. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem opierającego się na stosowaniu dostosowanych do oceny poznawczej oraz elastycznych sposobów radzenia sobie, gdzie podstawowe znaczenie mają zasoby jednostki o charakterze podmiotowym i tkwiącym w środowisku osoby. W życiu stres i jego wskaźnik - lęk wiążą się z funkcją obronną organizmu. Brak tego wskaźnika prowadziłby do braku możliwości obrony przed zagrożeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi, w konsekwencji do autodestrukcji. Stres jest ważnym sygnałem, że zdrowie osoby jest zagrożone, w tej sytuacji ważna jest umiejętność zmagania się z nim (Wrona-Polańska, 2011). Dlatego tak ważne będą wszelkie oddziaływania ukierunkowane na kształtowanie i wzmacnianie zasobów oraz skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę.

10.1 Wnioski aplikacyjne

Wyniki badań są zgodne z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003), wnioski z przeprowadzonych badań mogą być zastosowane w praktyce psychologicznej. Badania, dostarczają cennych dla praktyki informacji, ponieważ ukazują psychologiczne mechanizmy zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę.

W celu profilaktyki i promocji zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę ważne jest:

1. Umożliwienie odreagowania kumulowanego napięcia i negatywnych emocji, aby nie prowadziły do narastania stresu wśród osób wspierających chorych na białaczkę.
2. Wzmacnianie zasobów podmiotowych osób wspierających chorych na białaczkę, głównie poczucia koherencji (poczucia sensowności), poczucia kontroli, poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z chorobą osoby bliskiej, jak również umiejętności korzystania ze wsparcia innych.
3. Umożliwienie i upowszechnienie możliwości korzystania z pomocy psychologicznej przez osoby wspierające chorych na białaczkę.
4. Tworzenie grup wsparcia dla osób wspierających chorych na białaczkę - pozwalających na budowanie sieci wsparcia, wymianę doświadczeń oraz rozwój poczucia przynależności.
5. Tworzenie programów edukacyjnych dostarczających wiedzy na temat choroby oraz roli osób wspierających w procesie zdrowienia osoby bliskiej, służących zminimalizowaniu napięcia wynikającego z niewiedzy w tym obszarze i lęku dotyczącego rokowania w chorobie. Dzięki czemu osoby wspierające będą mogły rozwijać swoje kompetencje w zakresie dbania o swoje zdrowie i swoich bliskich.
6. Edukacja psychologów i zespołu medycznego w zakresie potrzeby i zasadności udzielania pomocy i wsparcia dla osób wspierających chorych na białaczkę.

Szczególnie ważną rolę w procesie utrzymania zdrowia u osób wspierających chorych na białaczkę odgrywają zasoby podmiotowe. Zgodnie z założeniami Funkcjonalnego Modelu Zdrowia Wrony-Polańskiej (2003, 2011) zasoby w sposób bezpośredni i pośredni warunkują zdrowie jednostki. Dlatego istotne będą oddziaływania psychologiczne, uwzględniające indywidualne możliwości i potrzeby, prowadzące do rozwoju i wzmocnienia zasobów podmiotowych osób wspierających chorych na białaczkę. To od zasobów zależą skuteczne sposoby radzenia sobie w sytuacji stresu. Wyniki badań własnych ukazały, że osoby wspierające chorych na białaczkę narażone na wysoki poziom stresu. Człowiek jako kreator zdrowia, dzięki posiadanym zasobom i sposobom radzenia sobie nawet w sytuacjach ekstremalnych ma możliwość poradzenia sobie i zachowania zdrowia, to od podmiotowych

możliwości osoby zależy, w którym kierunku będzie się przesuwac na kontinuum choroba - zdrowie (Wrona-Polańska, 2011, 2016a). Ważna także w sytuacji stresu jest umiejętność dystansowania się do sytuacji problemowej poprzez kontakty z innymi, wzbudzanie pozytywnych emocji, w tym nadziei na korzystne rozwiązanie trudnej sytuacji, aktywność kulturalna (korzystanie z wszelkich dóbr kultury poprzez muzykę, sztukę, literaturę) oraz wszelkie inne prozdrowotne aktywności sprzyjające zdrowiu jednostki poprzez zachowania wzmacniające kondycję psychofizyczną (optymalną dietę, odpowiedni wypoczynek czy aktywność fizyczną).

Istotna w obszarze promocji zdrowia będzie zmiana stereotypu myślenia wśród społeczeństwa na temat chorób nowotworowych. Stereotyp myślenia o chorobach nowotworowych wiąże się z silnym lękiem przed chorobą, co często przekłada się na postrzeganie chorych i ich rodzin jako naznaczonych przez los. Skuteczne poradzenie sobie z lękiem jest kluczowe w zakresie wyzwolenia pozytywnych emocji oraz pobudzenia do podjęcia aktywności na rzecz swojego zdrowia (Wrona-Polańska, 2011).

Ważne dla promocji zdrowia będą też wszelkie oddziaływania na poziomie systemowym (makro- i mikrostruktur społecznych) oraz współpraca różnych środowisk w zakresie promowania zdrowego stylu życia obejmującego kształtowanie i wzmacnianie zasobów biologicznych, poznawczych, behawioralnych, społecznych oraz duchowych. To od człowieka zależy poziom jego zdrowia, dlatego tak ważna jest promocja zdrowia od najmłodszych lat, poprzez budowanie świadomości i odpowiedzialności wśród rodziców, nauczycieli oraz innych podmiotów zajmujących się edukacją i wsparciem młodych ludzi na temat możliwości człowieka w zakresie kreowania swojego zdrowia. Te osoby mają wpływ poprzez swoje działania na rozwijanie zasobów podmiotowych młodych ludzi, jak również skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem, które zapobiegają kumulacji napięcia stresowego, a przez to chronią przed zachorowaniem.

Bibliografia

- Adam, T.C., Epel, E.S. (2007). Stress, eating and reward system. *Psychology & Behavior*, 91, 449-458.
- Ader, R. (1980). Psychosomatic and psychoimmunologic research. *Psychosomatic Medicine*, 42, 307-321.
- Aldwin, C.M., Yancura, L.A. (2004). Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures. W: P.P. Schnurr, B.L. Green (red.). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (s. 99 - 125). Washington: American Psychological Association.
- Aleksandrowicz, J., Duda, H. (1988). *U progu medycyny jutra*. Warszawa: PZWL.
- Aleksandrowicz, J.W. (2004). *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Aleksandrowicz, J.W., Czabała, J.Cz. (2012), Podstawy psychoterapii. W: J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria. T.3, Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne* (256-268). Wrocław: Elsevier & Partner.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206-231). Warszawa: PWN.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacja IPN.
- Antoszewska, B. (2006). *Dziecko z chorobą nowotworową - problemy psychopedagogiczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Averill, J.R. (1973). Personal Control Over Aversive Stimuli And Its Relationship To Stress, *Psychological Bulletin*, 4, 286-303.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191 - 215.
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: PWN.
- Bandura, A. (2011). Social cognitive theory. W: P.A. van Lange, A.W. Kruglanski, E.T. Higgins (red.), *Handbook of social psychological theories* (s. 349–373). Londyn: Sage.
- Bańka, A. (2005). Poczucie samoskuteczności: konstrukcja i struktura czynnikowa Skali Poczucia Samoskuteczności w Karierze Międzynarodowej. Warszawa: Instytut

Rozwoju Kariery.

- Baran J. (2009). Zastosowanie koncepcji stresu traumatycznego w badaniach dzieci z chorobami nowotworowymi i ich rodziców. *Psychoonkologia*, 1-2, 28-32.
- Basak, G. W, Paluszewska, M. (2016). Ostra białaczka szpikowa. W: G.W. Basak, J. Dwilewicz-Trojaczek, W. W. Jędrzejczak (red.), *Hematologia. Kompendium* (s. 65-76). Warszawa: PZWL.
- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest.*, 4 (1), 1-44.
- Baumeister, R. F., Vohs, K.D., Tice, D.M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science December*, 16, 6351-355.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Beszczynska, B. (2007). Molekularne podstawy zaburzeń psychicznych wywołanych stresem. *Postępy Hig Med Dosw*, 61, 690-701.
- Bevans, M., Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress, and health affects among family caregivers of adult cancer patients. *Jama*, 307 (4), 398-403.
- Bętkowska-Korpała, B., Gierowski, J. K. (2007). *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Branden, N. (1988). *How to raise your self-esteem*. New York: Bantam Book.
- Boyle, P., Levin, B. (2008). *World Cancer Report 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Borys, B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. Health resources in the human psyche. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4 (1), 44-52.
- Brouwers, C., Denollet, J., Caliskan, K., de Jonge, N., Constantinescu, A., Yuon,g Q., Kaan, A., Pedersen, S. (2015). Psychological distress in patients with a left ventricular assist device and their partners: An exploratory study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 53–62.
- Bryant, F., Veroff, J. (1984). Dimensions of Subjective Mental Health in American Men and Women. *Journal of Health and Social Behavior*, 25 (2), 116-135.
- Bryant, F. (1989). A four-factory model of perceived control: avoiding, coping, abtaining and savoring. *Journal of personality*, 4, 773-797.

- Budziszewska, B.K., Piucińska-Macoch, R., Sułek, K., Stępień, A. (2005). Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej. *Acta Haematologica Polonica*, 36 (3), 317-325.
- Buławska, K., Talaga, S., Lubińska-Żądło, B. (2005). Analiza zachowań zdrowotnych wśród młodzieży studiującej pielęgniarstwo i fizjoterapię. *Zdrowie Publiczne*, 115, 307-311.
- Calado, R.T., Young, S.N. (2009) Telomere Diseases. *The new England journal of medicine* 361, 2353-2365.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. NY: McGraw-Hill.
- Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Cieciuch, J. (2010). Nadzieja jako moderator związku poczucia koherencji z preferencjami wartości. *Kwartalnik Naukowy*, 2 (2), 25–38.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2016). Teoretyczne i metodologiczne podstawy psychologii klinicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk. (red.), *Psychologia kliniczna* (37-48). Warszawa: PWN.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2016). Pojęcia normy, normalności i zdrowia. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk. (red.), *Psychologia kliniczna* (50-60). Warszawa: PWN.
- Cobb, B. (1959). Emotional problems of adult cancer patients. *J. Amer. Geriat. Soc.*, 7, 274-285.
- Cobb, B. (1972). Rak. W: J.F. Garrett, E.B. Levine (red.), *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów* (169-190). Warszawa: PZWL.
- Cohen, M.M., Wellisch, D.K. (1978). Living in libido: psychological intervention in families with cancer patient. *AM J Psychother*, 32, 561-571.
- Coon, D., Evans, B. (2009). Empirically Based Treatments for Family Caregiver Distress: What Works and Where Do We Go from Here? *Geriatric Nursing*. 30, 6, 426-436.
- Curyło-Sikora, P., Wrona-Polańska, H. (2018). Zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z tremą. *Psychologia Rozwojowa*, 23, 1, 89-101.
- de Barbaro, B. (1992). *Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego*. Kraków: Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- de Barbaro, B. (1999). *Wprowadzenie do systemu rozumienia rodziny*. Kraków:

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- de Barbaro, B. (2004). Between the psychiatric diagnosis and “the family diagnosis”. *Arch Psych Psychoter*, 3, 77-88.
- de la Roca-Chiapas, J.M., Barbosa-Sabanero, G., Martínez-García, J.A. et al. (2016). Impact of stress and levels of corticosterone on the development of breast cancer in rats. *Psychol Res Behav Manag*, 9: 1–6.
- de Walden-Gałuszko, K. (1992). *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- de Walden- Gałuszko, K. (1994). Jakość życia - rozważania ogólne. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkiewicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 13-39). Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- de Walden- Gałuszko, K. (1997). Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 77-82). Warszawa: Centrum Onkologii.
- de Walden-Gałuszko, K. (2000). *Psychoonkologia*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- de Walden-Gałuszko, K. (2002). Zespół lękowy u chorych w stanie terminalnym. *Polska Medycyna Paliatywna*, 1, 1.
- de Walden-Gałuszko, K., Kaptacz, A. (2005). *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- de Walden-Gałuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2009). *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie,
pobrane z: <http://onkologia.org.pl/publikacje/> (10.04.2015).
- Dobrowolska, M. (2013). Wybrane zasoby psychologiczne pacjentek chorych na raka jajnika a stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. *Psychoonkologia*, 2, 56-61.
- Donovan, R.J., Jalleh G., Jones S.C. (2003). The word ‘cancer’: reframing the context to reduce anxiety arousal. *Aust. NZJ. Public Health*, 27 (3), 291–293.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

- Dolińska- Zygmont, G. (2001). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: G. Dolińska- Zygmont (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 33-68). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dorfmueller, M., Dietzfelbinger, H. (2011). *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Drwał, R. Ł. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki*. (red. P. Brzozowski, współpraca: P. Oleś), Warszawa: PWN.
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Cagnon, P., Charbonneau, C., Vezina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family. *Journal of Palliative Medicine*. 9, 4, 912-921. Pobrane z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16910806> (22.09.2018).
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenbrega*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Dzwonkowska, I. (2011). Współczucie wobec samego siebie (self-compassion) jako moderator wpływu samooceny globalnej na afektywne funkcjonowanie ludzi. *Psychologia Społeczna*, 1, 67-79.
- Epel, E.S, Blackburn, E.H, Lin, J, i in. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 101 (49), 17312-17315.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Epstein, S. (1994) Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious. *Am. Psychol.* 49, 709-724.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. W: T. Millon, M. J. Lerner (red.), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology* (s. 159-184). NJ: Wiley & Sons.
- Epstein, S. (2006). Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of CognitiveExperiential Self-Theory. W: M.H. Kernis (red.), *Self-Esteem: Issues and answers* (s. 69-76). New York: Psychology Press.
- Flaskerund, J.H., Carter, P.A., Lee, P. (2000). Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias, and advanced-stage cancers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36, 121–130.

- Flower, J.H., Christakis, N.A. (2008). The dynamic spread of happiness in a large social network. *British Medical Journal*, 337, 2338, 1-9.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21, 3-14.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: M. Hewstone, H.J. Schut i wsp. (red.). *The scope of social psychology. Theory and application* (193-208). New York: Psychology Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping behavior on a middle-aged community sample. *J. Health Soc. Beh.*, 21, 219-239.
- Fredrickson, B. L., Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and emotion*, 12, 2, 191-220. Pobrane z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156608/> (12.11.2016).
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, Ch. E., Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorists attacks on the United States on September 11th. 2001 *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Gabbard, G. O. (2011). *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna. Wprowadzenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gaugler, J. E., Kane, R. A.; Langlois, J. (2000). Assessment of family caregivers. W: R.L. Kane, R.A. Kane (red.). *Assessing older persons: Measures, meaning, and practical applications* (s. 320-359). New York: Oxford University Press.
- Galla, B. M., Wood, J. J. (2012). Emotional self-efficacy moderates anxiety-related impairments in math performance in elementary school-age youth. *Personality and Individual Differences*, 52, 2, 118-122, pobrane z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886911004417?via%3Dihub> (13.10.2017)
- Giebel, S. (2015). Wskazania do autologicznego i allogenicznego przeszczepiania komórek krwiotwórczych w hematologii. W: A. Dmoszyńska, T. Robak, I. Hus (red.) *Podstawy hematologii* (391-404). Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Główny Urząd Statystyczny Notatka informacyjna Warszawa 27.01.2015, pobrane z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/> (1.07.2017).

- Goodwin R., Costa P., Adonu J. (2004), Social support and its consequences: "Positive" and "deficiency" values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43, 465-474.
- Grabowska-Fudala, B., Jaracz, K.(2006). Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebytych udarze mózgu - wyniki wstępne. *Udar Mózgu*, 8, 41–47.
- Gruszczyńska, E. (2002), Poczucie koherencji a ocena pierwotna w sytuacji stresu egzaminacyjnego. W: I. Heszen-Niejodek, J. Mateusiak (red.), *Konteksty stresu psychologicznego* (41-57). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Grzegółowska-Klarkowska, H.J. (1986). *Mechanizmy obronne osobowości*. Warszawa: PWN.
- Guzińska, K., Dziedziul, J., Rudnik, A. (2014). Psychologiczne uwarunkowania jakości życia pacjentek poddanych radioterapii w odniesieniu do stopnia zaawansowania choroby i wieku. *Psychoonkologia*, 2, 51-58.
- Herold, G. (2003). *Medycyna Wewnętrzna - repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Hellmann, A., Prejzner, W. (2001). Białaczki - rozpoznawanie i leczenie. *Przewodnik Lekarza*. 4, 10, 14-21.
- Herold, G., (2008). *Medycyna wewnętrzna tom 1-2 - repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie - główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, R. Ratajczak (red.), Człowiek w sytuacji stresu. *Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 12-43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa* (21-39). Warszawa: PWN.
- Heszen-Niejodek I. (2000). Radzenie sobie z chorobą - przegląd zagadnień. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać* (s. 13-31). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (2004). Styl radzenia sobie jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s.238-263). Gdańsk: GWP.
- Heszen-Niejodek, I. (2005). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik Akademicki T. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (465–492). Gdańsk: GWP.

- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). Zdrowie i stres. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki t.2* (701-734), Gdańsk: GWP.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia. Wznowienie wydania 1*. Warszawa: PWN.
- Higgins, E. T. (1987). Self discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 3, 319-340.
- Higgins, E. T. (1996). The "self digest": Self knowledge serving selfregulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 6, 1062-1083.
- Hilton, B.A., Crawford, J.A., Tarko, M.A. (2000). Men's perspective on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *West. J. Med.*, 22, 438-459.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hołowicki, J. (2006). Przeszczepienie szpiku kościowego i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej w nowotworach. W: M. Krzakowski (red.), *Onkologia kliniczna*. Warszawa: BORGIS, Wydawnictwo Medyczne.
- Irvine, L., Elliott, L., Wallace, H., Crombie, I.K. (2006). A review of major influences on current public health policy in developed countries in the second half of the 20th century. *Perspectives in Public Health March*, 126, 2, 73-78.
- Jabłoński, M., Lebedowicz, H., Dudek, D., Zięba, A., Skotnicki, A.B. (2003). Depressive disorders in leukemia. *Psychiatria Polska*, 37, 799-809.
- Jakubowska-Winecka, A., Włodarczyk, D. (2007). *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: PZWL.
- Janicki, K. (2001). *Hematologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jarosz, M. (1983). *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL.
- Jennison, K.M. (1992). The impact of stressful life events and social support on drinking among older adults: A general population survey. *International Journal of Aging and Human Development*, 35, 2, 99-123.
- Joško, J. (2007). *Stres w chorobach przewlekłych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Joško, J. (2011). Pozytywne emocje siłą sprawczą zdrowienia. *Probl Hig Epidemiol*, 92 (3), 374-376.
- Joško, J. (2016). Traumatyczne przeżycia matki ciężarnej a zdrowie jej dziecka. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 5, 3. Pobrano z: <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/566> (4.11.2018).
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kane, R.A. (2002). Quality of life. W: L. Breslow (red.), *Encyclopedia of Public Health* (t.3, 1003-1006). NY: Macmillan Reference USA.
- Kane, R.A. (2003). Definition, measurment, and morrelates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, 43 (special edition II), 28-36.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1994). Wprowadzenie do problematyki wsparcia. W: Z. Kawczyńska-Butrym (red.). *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie* (s. 7-10). Warszawa: Centrum Metodyczne.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2001). Rodzina - zdrowie - choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Lublin: Czelej.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2008). *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin: Wydawnictwo Makmed.
- Kawula S., Brągiel J., Janke, A.W. (2007). *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
- Kernis, M.H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry Copyright*, 14, 1, 1-26.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, Ch., Schafenacker, A., Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 19, 2, 139-155.
- Kępiński A. (1977). *Lęk*. PZWL, Warszawa: PZWL.
- Kępiński, A. (1986). *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL.
- Kickbusz, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Journal of Public Health*, 93, 383 - 388.
- Kim, Y., Kashy, D.A., Spillers, R.L., Tekla, V.E. (2010). Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: three cohorts comparison. *Psychooncology*, 19, 6, 573 - 82.

- Kim, Y., Baker, F., Spillers, R.L., (2007). Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management*. 34, 3, 294 - 304.
- Kim, Y., Given, B.A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors. Across the trajectory of the illness. *Cancer*. 112, 11, 2556 - 2568.
- Kirenko, J., Byra, S. (2008). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2004). Prawdziwych przyjaciół ... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, Cieślak, R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (29 - 48). Warszawa: PWN.
- Klonowicz, T., Cieślak, R. (2004). Neurotyczność i radzenie sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 281-298). Gdańsk: GWP.
- Kofta, M. (2001). Poczucie kontroli, złudzenia na temat siebie, a adaptacja psychologiczna W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.). *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 199-225). Warszawa: PWN.
- Kowalski, M., Gawęł, A. (2007). *Zdrowie, wartość, edukacja*. Kraków: Impuls.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Krakowiak, P., Krzyżanowski, D., Modlińska, A. (2011). *Przewlekłe chory w domu*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.
- Krajowy Rejestr Nowotworów (2013). Białaczki (C91-95). Pobrano z: <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> (01.09.2019).
- Krawczyk-Wasielewska, A, Mojs, E., Skorupska, E., Keczmer, P., Grobelny, B., Warchoła-Biedermann, K., Wojciechowska, W., Samborski, W. (2016). Psychodemograficzny profil opiekunów sprawujących pieczę nad chorymi z demencją w Polsce. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1, 59, 13-17.
- Krohne, H.W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. W: H.W. Krohne (red.), *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness* (s. 19-50). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Kruk-Zagajewska, A., Kuśnierkiewicz, M., Szmeja, Z., Golusiński, W. (1997). Postawy rodziny wobec chorych onkologicznie. *Psychoonkologia*, 1, 47-50.
- Korporowicz, L. (2004). Konsumpcja doznań w społeczeństwie transformacji. W: M. Marody (red.). *Zmiana czy stagnacja?*(81-87). Warszawa: Scholar.

- Kubacka-Jasiecka, D., Wrona-Polańska, H. (1981). Obrona przed lękiem a koncepcja samego siebie pacjentów z chorobą nowotworową. *Zeszyty Naukowe UJ, Prace Psychologiczno-Pedagogiczne*, 33, 113-136.
- Kulpa, M., Owczarek, K., Stypuła-Ciuba, B. (2013). Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Medycyna Paliatywna*, 5, 106–113.
- Kurowska, K., Kościelna, H. (2008). Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego. *Współczesna Onkologia*, 12, 228-233.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Government of Canada: Ottawa.
- Lambley, P. (1994). *Psychologia raka. Jak zapobiegać jak przeżyć*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Law, B. (2013). Career management – place, space and social enclaves. *Journal of the National Institute of Career Education and Counselling*, 31, 3–8.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Liszka-Kisielewska, B. (2001). Rozmowy z chorym - znaczenie informacyjne i terapeutyczne. W: Grajcarek A. (red.) *Sztuka rozmowy z chorym*. Kraków: Ad Vocem.
- Leach, O. A., van Boxel, G. I., (2016). *Choroby wewnętrzne*. Wrocław: Edra Urban and partner.
- Legieć, W. (2016). Charakterystyka różnych metod przeszczepiania komórek krwiotwórczych, W: A. Dmoszyńska, M. Cioch (red.) *Leczenie nowotworów układu krwiotwórczego* (219-225). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Lelonek, B., Cieślik, A., Kamusińska E. (2013). Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Problemy pielęgniarstwa*, 21, 1, 128-136.
- Lewandowski K., Sacha T., Żołnierowicz J., Warzocha K. (2013). Przewlekła białaczka szpikowa W: K. Warzocha (red.) *Przewlekła białaczka szpikowa I. Czasopisma Hematologia*. Gdańsk: Via Medica.
- Łosiak, W. (2012). *Psychologia stresu*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
- Łuszczyńska, A., Schwarzer, R. (2008). Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.). *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy, praktyki* (47-61). Gdańsk: GWP.

- Makowska, H., Poprawa, R. (1996). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Psychologia zdrowia* (67-100). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Makselon, J. (2018). Nadzieja w promocji zdrowia. W: H. Wrona-Polańska, A. Skotnicki (red.), *Psychologia w promowaniu zdrowia. Muzyka - sztuka - media* (s. 117 - 122). Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Malińska, M. (2013). Prezenteizm - zjawisko nieefektywnej obecności w pracy. *Medycyna Pracy*, 64 (3).
- Markocka-Mączka, K., Grabowski, K., Taboła, R. (2017). Holistyczne podejście do pacjenta. W: E. Dybińska, M. Szpringer, R. Asienkiewicz (red.). *Profilaktyka i edukacja zdrowotna* (171-180). Lublin: NeuroCentrum.
- Marsh, H.W. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifactors? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 810-819.
- Marzano, M. (2013). *Oblicza lęku*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Maslach, Ch. (1978). The client role in staff burn - out. *Journal Social Issues*, 34, 4, 111-124.
- Maslach, Ch. (2004). Wypalenie - w perspektywie wielowymiarowej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 13-31). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mastalski, J. (2018a), Duchowe i pedagogiczne aspekty relacji chorego z osobami wspierającymi. *Psychoonkologia (w druku)*.
- Mastalski, J. (2018b). Duchowe aspekty zdrowia w kontekście cywilizacyjnych wyzwań i zagrożeń. W: H. Wrona-Polańska, A. Skotnicki (red.), *Psychologia w promowaniu zdrowia. Muzyka - sztuka - media* (s. 31-50). Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Mayerscough, P.R., Ford, M. (2001). *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk: GWP.
- McMillan, S.C., Small, B.J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., Haley, W.E. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer*, 106, 1, 214-222.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.
- Mietzel, G. (2001). *Wprowadzenie do psychologii. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: GWP.
- Mikołajczyk-Lerman, G. (2011). Kobiety i ich niepełnosprawne dzieci. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica*, 39, 73-90.

- Miller, S. M. (1990). To see or not see: Cognitive informational styles in the coping process. W: M. Rosebaum (red.), *Learned resourcefulness* (95-129). New York: Springer-Verlag.
- Moorey, S., Greer, S. (2003). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Morawska, J.M., Gutysz-Wojnicka, A. (2008). Problemy opiekunów chorych po udarze mózgu, Udar Mózgu. *Problemy Interdyscyplinarne*, 10, 2, 83-90.
- Nęcki, Z., Górniak, L. (1999). Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (100-122). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Nwosu, K.C., Nwanguma, V.C. Onyebuchi, G.C. (2016). Parenting styles, test anxiety, and self-efficacy of secondary school students in Nigeria: Lessons from Nigerian sociocultural context. *Education Research Journal*, 6, 2, 32–41.
- Oleś, M. (2006). Psychologiczna charakterystyka dzieci o wysokim i niskim poczuciu osamotnienia. *Roczniki Psychologiczne*, 09, 1, 121-140.
- Ostoja-Zawadzka, K. (1994). Żałoba w rodzinie. W: de Barbaro B. (red.) *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (91-96). Kraków: Collegium Medicum.
- Ostrowska, A. (2008). Doświadczenie czasu w chorobie W: Wrona-Polańska H.(red.), *Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym* (229-237). Kraków: Impuls.
- Pakalska-Korcala, A, Zdrojewski, T, Piwoński, J. (2006). Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Polska*, 64, 80-86.
- Paraskevi, T. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9,1, 150–162.
- Parkinson, B., Colman, A.M. (1999). *Emocje i motywacja*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Pennebaker, J.W. (1990). *Opening Up: The Healing Power of Confiding in Others*. New York: Morrow.
- Penson, R.T., Dignan, F.L., Canellos, G.P., Picard, C.L., Lynch, T.J. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *The Oncologist*, 5, 5, 425-434. Pobrano: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11040279> (11.12.2018).

- Perek-Białas, J., Stypińska, J. (2010). Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą – wpływ na jakość życia opiekuna. W: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności* (s. 136-148). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Pobrano z: <http://repozytorium.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3526> (17.08.2017).
- Pettingale, K.W., Morris, T., Grees, S., i Haybittle, J.L. (1985). Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. *Lancet*, 8431, 750 - 751.
- Pietryga-Szkarłat, B. (2017). *Wiedza o zdrowiu i poczucie koherencji jako wyznaczniki zachowań zdrowotnych młodzieży studiującej* (praca doktorska).
- Pietrzyk, A. (2006). *Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku*. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Pietrzyk, A. (2010). Poznawcze funkcjonowanie pacjenta onkologicznego przed chemioterapią i po chemioterapii. Kierunki pomocy medycznej i pozamedycznej w odzyskiwaniu sprawności umysłowej. Analizy przypadków dwojga studentów – kobiety i mężczyzny. *Psychoonkologia*, 1, 29–35.
- Pinquart, M. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: meta-analysis. *Psychology and aging*, 18, 2, 250-267. Pobrano: <https://www.researchgate.net/publication/10691251> (12.11.2017).
- Piotrowski, A. (2010). *Stres i wypalenie zawodowe funkcjonariuszy Służby Więziennej*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Pitceathly, C., Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives. *European Journal of cancer*, 39, 11, 1517-1524. Pobrano z: [https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049\(03\)00309-5/fulltext](https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049(03)00309-5/fulltext) (21.08.2018).
- Płopa, M. (2005). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Podolak-Dawdziak, M., Sacha, T. (2013). Choroby układu krwiotwórczego. W: P. Gajewski (red.), *Choroby wewnętrzne na podstawie interny Szczeklika* (s. 810-875). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Polskie Towarzystwo Onkologiczne (2014). Obecny Stan Zwalczania Nowotworów w Polsce. Pobrane z: https://pto.med.pl/content/download/7709/84400/file/Obecny_Stan.pdf (21.07.2018).
- Porębiak, M. (2005). Samoocena jawna i utajona: model dwuskładnikowy. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 93-105.

- Porębiak, M. (2012). Zaburzenia i problemy psychiczne pacjentów onkologicznych. Pobrane z: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/70085> (10.08.2018).
- Popławska, L. (2011). Przewlekła białaczka limfocytowa - chłoniak z małych limfocytów B. W: J. Walewski (red.), *Nowotwory układu chłonnego* (s. 79-92). Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103-141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Potrykowska, A., Strzelecki, Z., Szymborski, Janusz Witkowski, J. (2014). *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego* (s. 23-57). Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Puterman, E., Epel, E. (2012). An Intricate Dance: Life Experience, Multisystem Resiliency, and Rate of Telomere Decline Throughout the Lifespan. *Social and Personality Psychology Compass*, 6, 11, 807-825.
- Rachel, W., Datka, W., Zyss, T., Zięba, A. (2014). Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Gerontologia Polska*, 22, 1, 14-23.
- Ratajczak, Z. (1994). Wsparcie społeczne w środowisku pracy a stres i jego skutki zdrowotne. W: Z. Ratajczak (red.), *Psychologiczna problematyka wsparcia społecznego i pomocy* (s. 57-79). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Ratajczak, Z. (2000). Stres - radzenie sobie - koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 65-86). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Reiche, E.M.V., Nunes, S.O.V., Morimoto, H.K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol.*, 5, 10, 617-25.
- Reykowski, J. (1976). Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 566-628). Warszawa: PWN.

- Rębiałowska-Stankiewicz, M. (2004). Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej piersi. W: Kuchcińska M. (red). *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna* (s. 87-93). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Riemann, F. (2005). *Oblicza lęku. Studium z psychologii lęku*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Rocznik Demograficzny 2018, Główny Urząd Statystyczny, pobrano z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/> (28.11.2018).
- Rosenberg, M., Simmons, R.G. (1972). *Black and White Self-Esteem: The Urban School Child*. Washington: American Sociological Association.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1–28.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 1, 56-67.
- Rogowska, A., Wojciechowska-Maszkowska, B., Adamska, S. (2006). Osobowość a styl życia osób zróżnicowanych pod względem aktywności fizycznej. W: S. Zagórny (red.), *Kultura fizyczna jako element nowego stylu życia* (s. 107-119). Opole: PO.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Rzepecki, P. (2013). Przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych. W: P. Rzepecki, W. Skrzyński, M. Olszewska-Szopa (red.), *Wspólnie damy radę. Chemioterapia, przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych* (31-122). Warszawa: Medical Education Sp. z o.o.
- Sankowska, M. Kauc, L. (2000). *Transplantacja szpiku i transplantacja krwi obwodowej. Poradnik pacjenta*. Warszawa: Medigen.
- Sapolsky, R. M. (2010). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Warszawa: PWN.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Sharpe, M., Strong, V., Allen, K. (2004). Major depression in outpatients attending a regional cancer center: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer*, 90, 314-20.

- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. W: J. Weinman, S. Wright, M. Johnston (red.), *Measures in health psychology: A user's portfolio* (s. 35-38). Windsor: NFER-Nelson.
- Schumacher, K., Beck, C.A., Marren, J.M. (2006). Family caregivers: caring for older adults, working with their families. *Am J Nurs.*, 106, 40-9.
- Seligman, M.E.P., Maier S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Seligman, M.E.P., (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1995). *The optimistic child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2011). *Psychopatologia*. Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo.
- Seyle, H. (1977). *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW.
- Sęk, H. (1991). Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Sęk, H. (1997). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.). *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (159-169). Kraków: Wydawnictwo ALL.
- Sęk, H., Pasikowski, T. (2001). *Zdrowie, stres, zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H. (2005). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 533-553). Gdańsk: GWP.
- Sęk, H. (2011). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne stres i zdrowie* (s. 49-67), Warszawa: PWN
- Sęk, H., Cieślak R. (2011). Wsparcie społeczne - sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne stres i zdrowie* (s. 11-28), Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Ścigała, I. (1996). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszen- -Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 133-150). Katowice: Wydawnictwo UŚ.

- Sheridan, Ch., Radmacher, S. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Shin, K.J., Lee, Y.J., Yang, Y.R., Park, S., Suh, P.G., Follo, M.Y., Cocco, L., Ryu, S.H. (2016). Molecular mechanisms underlying psychological stress and cancer. *Current Pharmaceutical Design*, 22, 16, 2389-402.
- Schwarzer, R. Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. W: S. J. Lopez, C. R. Snyder (red.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (s. 393-403). Washington, DC: American Psychological Association.
- Siemiński, M., Nitka-Siemińska, A., Nyka, W.M. (2007). Zespół wypalenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1, 1, 45-49.
- Skotnicki, A.B., Nowak, W.S. (1998). *Podstawy hematologii dla studentów i lekarzy*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Skrzyński, W. (2013). Życie - jedyne, niepowtarzalne... W: P. Rzepecki, W. Skrzyński, M. Olszewska-Szopa (red.), *Wspólnie damy radę. Chemioterapia, przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych* (s. 7-20). Warszawa: Medical Education Sp. z o.o.
- Ścigała, E. (2001). Psychoneuroimmunologia jako dziedzina współczesnej psychosomatyki W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia* (s. 33-60). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Ślebarska, K. (2010). *Wsparcie społeczne a zaradność człowieka w sytuacji bezrobocia: studium konfrontatywne*. Katowice: "Śląsk" Wydawnictwo Naukowe.
- Słońska, Z., Misiunia, M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Słońska, Z. (2010). Rozwój i stan pojęcia "Promocja zdrowia". W: K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym* (s. 213-225). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Stewart B., Wild C. (2014). World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Pobrano z: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014> (25.05.2016).
- Świętochowski, W. (2015). Choroba przewlekła w systemie rodziny. W: I. Janicka, H. Liberska (red.) *Psychologia rodziny* (387-409). Warszawa: PWN.

- Simmons BL, Nelson DL. (2007). Eustress at work: Extending the holistic Stress Model W: D.L. Nelson, C.L. Cooper (red.) *Positive organizational behavior: Accentuating the positive at work* (40-54). London: SAGE.
- Sosnowski, T. (1977). Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Charlesa D. Spielbergera. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 349–360.
- Sosnowski, T., Wrześniewski, K., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2006). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)*. Polska Adaptacja. Podręcznik. Warszawa: PTP.
- Strelau, J., Doliński, D. (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki. t. 2*. Gdańsk: GWP.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., P. Szczepaniak, P. (2009). *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M. (2009). Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów. *Nowiny Lekarskie*, 78, 1, 18-22.
- Szczeklik, A. (2006). *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Szymona, K. (2008). *Zaburzenia nerwicowe a poczucie koherencji. Czynniki chroniące przed zachorowaniem*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Szymanowska, A. (1992). Psychospołeczne uwarunkowania poczucia sensu życia. *Studia z Psychologii*, 4, 63-132.
- Świętochowski, W. (2015). Choroba przewlekła w systemie rodziny. W: I. Janicka, H. Liberska (red.) *Psychologia rodziny* (s. 387–409). Warszawa: PWN.
- Targowski, M., Stankiewicz-Choroszucha, B. (2005). Globalne zagrożenie zdrowia. *Zdrowie Publiczne*, 115, 425-427.
- Terelak, J., Dzięgielewska, J. (2011). Strategie radzenia sobie ze stresem a skuteczność terapii uzależnień alkoholików. *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 29, 105-122.
- Teresiak, E., Czarnecka-Operacz, M., Jenerowicz, D. (2006). Wpływ nasilenia stanu zapalnego skóry na jakość życia rodzinnego chorych na atopowe zapalenie skóry. *Post Dermatol Alergol*, XXIII, 6, 249–257.
- Terrie, A.M., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R.J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B.W., Ross, S., Searse, M.R., Thomson, W.M., Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Current Issue*, 108, 7, 2693-2698.

- Toseland, R.W., Blanchard, C.G. McCallion P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science & Medicine*, 40, 4, 517-528.
- Trzebiatowska, I. (2000). Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: K. de Walden-Gałuszek (red.), *Psychoonkologia* (s. 71-81). Kraków: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Trześniewski, K.H., Donnellan M. B., Moffit, T. E., Robins R.W., Poulton, R., Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42, 2, 381-390.
- Turska, E. 2008. Rola wsparcia społecznego w sytuacji długotrwałego bezrobocia. W: Z. Ratajczak (red.) *Przedsiębiorczość społeczna a walka z bezrobociem. Problemy społeczne* (119-141). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie "ŻAK".
- Tylka, J., (2010). Podejście psychosomatyczne w wyjaśnianiu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review* 12, 1, 97-103.
- Tyszkowa, M. (1972). *Problemy psychologicznej odporności u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism. *Archive of General Psychiatry*, 24, 107 - 118.
- Wagner, Ch. D., Bigatti, S.M., Storniolo, A.M. (2006). Quality of life of husbands of woman with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 15, 2, 93-179.
- Watson, D. (2000). *Mood and Temperament*. New York: Guilford Press.
- Wen, A., Gatchell, G., Tachibana, Y., et al. (2012). A palliative care educational intervention for frontline nursing home staff: the impress project. *J Gerontol Nurs*, 38, 10, 20-25.
- Winch, B. (2014). Komunikacja z rodziną pacjenta chorego onkologicznie. *Curr. Gynecol. Oncol.* 12, 2, 155-171.
- Williams, L.A. (2007). Whatever it takes: Informal caregiving dynamics in blood and marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 34, 379-387.
- Wirsching, M. (1994). *Wokół raka*. Gdańsk: GWP.
- Witusik, A., Pietras, T. (2007). Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badania pilotażowe. *Psychogeriatrya Polska*, 4,1, 1-60.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi - zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Scholar.
- Wojciszke, B. (2001). *Psychologia Społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Wojciszke, B., Doliński D. (2016). Psychologia społeczna. W: D. Doliński, J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2* (294 - 447). Gdańsk: GWP.
- World Health Organization. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Programme on Mental Health. WHOQOL Group. Pobrano z: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (12.11.2016).
- World Health Organization (2018). Cancer. Pobrano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets> (10.10.2018).
- Woynarowska, B. (2013). Edukacja zdrowotna Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrona-Polańska, H. (1983). *Zmiana obrazu samego siebie i adaptacja do choroby u pacjentów z leukemią*, praca doktorska. Kraków: Biblioteka UJ.
- Wrona-Polańska, H. (1984). Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową. *Zeszyty Naukowe UJ, Prace psychologiczne, 1*, 137-161.
- Wrona-Polańska H. (1985). Poziom lęku a czas trwania choroby u chorych na białaczkę. *Polski Tygodnik Lekarski, 40*, 1304 - 448.
- Wrona-Polańska, H. (1991). Self-concept and adjustment to illness in leukemia patients. *Polish Psychological Bulletin, 22, 3*, 169-178.
- Wrona-Polańska, H. (1996a). Obraz samego siebie jako regulator zachowania. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie, 176, Prace Psychologiczne V*, 37-50.
- Wrona-Polańska, H. (1996b). Model informowania w chorobach somatycznych - dylematy i propozycje. *Sztuka Leczenia, 1, 3*, 61-68.
- Wrona-Polańska, H. (1999a). Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 79-100). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska, H. (1999b). Zmiana samopercepcji w procesie zmagania się z chorobą o niepomyślnym rokowaniu. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 197-223). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Wrona-Polańska, H. (2007). Coping process with Disease and Changes of Self-Concept in Leukemia Patients. *Polish Journal of Environ. Stud., 16, 5A*, 541-545.

- Wrona-Polańska, H. (2008). Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy W: H. Wrona-Polańska (red.), *Zdrowie-Stres-Choroba w wymiarze psychologicznym* (s. 17-36). Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Wrona-Polańska, H. (2009). Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna. W: H. Wrona-Polańska, J. Mastalaski (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej* (s. 11-26). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego..
- Wrona-Polańska, H. (2016a). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie, Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, wydanie II rozszerzone.
- Wrona-Polańska, H. (2016b). Funkcjonalny Model Zdrowia jako teoretyczna podstawa badań w obszarze zdrowia i choroby. W: H. Wrona-Polańska, K. Bargiel-Matusiewicz, E. Pisula (red.), *Zdrowie i choroba. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe* (s. 13-30). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Wrona-Polańska, H. (2017). Regulatory function of stress in the process of leukemia patients' recovery after bone marrow transplantation. *Polish Psychological Bulletin*, 48, 3, 328-337.
- Wrona-Polańska, H. (2018). Zdrowie jako wskaźnik procesu zmagania się z białaczką i przeszczepem. Z perspektywy 40 lat psychologicznych badań nad zdrowiem chorych i nowotworami krwi. W: H. Wrona-Polańska, A. Skotnicki (red.), *Psychologia w promowaniu zdrowia. Muzyka - sztuka - media* (s. 13-30). Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Wrona-Polańska, H., Kaczmarek, A. (2012), Zasoby podmiotowe i radzenie sobie ze stresem a poziom zdrowia pacjentów po przeszczepie szpiku kostnego. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowiekowi* (s.124-140), Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Wrona-Polańska, H., Kaczmarek, A. (2016), Zasoby podmiotowe jako wyznaczniki zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę, *Psychiatria Wydawnictwa Viamedica*, 13, 2, 55-62.

- Wrona-Polańska, H., Kaczmarska, A. (2018). Stres a zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę. W: H. Wrona-Polańska, A. Skotnicki (red.), *Psychologia w promowaniu zdrowia. Muzyka - sztuka - media* (s. 71-82). Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Wrona-Polańska, H., Skotnicki, A.B., Piątkowska-Jakubas (2013). Zdrowie pacjentów leczonych metodą transplantacji szpiku kostnego a radzenie sobie ze stresem - perspektywa psychologiczna i medyczna. *Przegląd Lekarski*, 70, 9, 715-718.
- Wrona-Polańska, H., Skotnicki, A.B., Piątkowska-Jakubas, B. (2016c). Psychologiczne predyktory zdrowia pacjentów po transplantacji szpiku kostnego 40 lat psychologicznych badań chorych z nowotworami krwi. *Przegląd Lekarski*, 73, 5, 305-309.
- Wrześniewski, K. (1996). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44-64). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wrześniewski, K. (2004). Interakcyjny Model radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk, *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. (s. 71-106). Sopot: GWP.
- Wrześniewski, K. (2005). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 493-531). Gdańsk: GWP.
- Wrześniewski, K. (2009). Osobowościowe uwarunkowania jakości życia pacjentów kardiologicznych. *Kardiologia Polska*, 67, 11, 1235-1236.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T. (1987). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Wrześniewski, K., Sosnkowski, T., Matusik, D. (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Wydanie drugie, rozszerzone*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Yun, Y. H, Rhee, Y.S., Kang, I.O., Lee, J.S., Bang, S.M., Lee W.S., Kim J.S., Kim S.Y, Shin S.W, Hong Y.S. (2005). Economic Burdens and Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients. *Oncology*, 68, 107-114.
- Zahlis, E., Shands, M. (1991). Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 75-93.
- Zboralski, K., Florkowski, A., Talarowska-Bogusz, M., Macander, M., Szubert, S., Gałęcki, P. (2008). Salutogenesis – the extension of physician's capabilities. *Pol Merk Lek*, 25, 1, 47-8.

- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. (2012). *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.
- Zysnarska, M., Wojnicz-Michera, I., Taborowska, M., KołECKI P., Maksymiuk, T. (2010). Kobieta-opiekun osoby przewlekle chorej-wyznaczniki przeciążenia. *Nowiny Lekarskie*, 79, 5, 386-391.

Streszczenie

Celem przeprowadzonych badań było poznanie psychologicznych mechanizmów prowadzących do zdrowia osób bliskich wspierających chorych na białaczkę.

Podstawę teoretyczną pracy stanowi Funkcjonalny Model Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003), który bazuje na teorii systemowej uwzględniającej wzajemną relację pomiędzy człowiekiem a jego otoczeniem. Za Wroną-Polańską (2003, 2011) zdrowie rozumiane jest jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem, gdzie kluczową rolę odgrywają zasoby lub ich deficyty, które decydują o skuteczności radzenia. Zasadnicze znaczenie w przyjętym modelu przypisuje się osobowości prozdrowotnej, złożonej zmiennej, która wpływa trzema ścieżkami na zdrowie (kompetencyjną, emocjonalną i napięciową).

Badaniami objętych zostało 100 osób wspierających chorych na białaczkę. W badaniach zastosowano wywiad standaryzowany skonstruowany na podstawie Kwestionariusza Wydarzeń Stresowych (KWS) Heleny Wrony-Polańskiej (2003), skale szacunkowe oraz narzędzia kwestionariuszowe. Zdrowie zostało zdefiniowane na podstawie operacyjnej definicji zdrowia Wrony-Polańskiej (2003), mierzono je za pomocą pięciu wskaźników: poczucia zdrowia, poczucia spokoju, poczucia jakości życia, poczucia braku zmęczenia oraz udziału w życiu społecznym. Wskaźnikiem poziomu stresu był wynik uzyskany przez osoby badane w skali lęku jako stanu (za: Wrona-Polańska, 2011). Style radzenia sobie ze stresem zmierzono za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Do badania zasobów zastosowano metody kwestionariuszowe oraz wywiad standaryzowany. Samoocenę zmierzono Skalą Samooceny S. Rosenberga, poczucie koherencji SOC-29 A. Antonovsky'ego, lęk dyspozycyjny ISCL - STAI - X-2 D. Spilbergera, J. Strelau, M. Tysarczyk i K. Wrześniewskiego, poczucie wsparcia i poczucie samoskuteczności w zmaganiu z chorobą osoby bliskiej wywiadem standaryzowanym.

Analiza wyników miała charakter jakościowy i ilościowy, obejmowała następujące grupy zmiennych: zdrowie, stres i style radzenia sobie oraz zasoby. Przeprowadzone analizy statystyczne ujawniły, że 2/3 osób badanych ocenia swoje zdrowie jako przeciętne lub wysokie. Połowa osób wspierających chorych na białaczkę doświadcza wysokiego poziomu stresu. 1/4 badanych osób ma niskie poczucie koherencji i kontroli, 1/3 wsparcia oraz samoskuteczności w zmaganiu się z chorobą osoby bliskiej, połowę osób badanych charakteryzuje wysoki poziom lęku dyspozycyjnego.

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na określenie predyktorów zdrowia, stresu oraz radzenia sobie ze stresem. Analiza regresji ujawniła, że pozytywnymi predyktorami zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę są: poszukiwanie kontaktów towarzyskich oraz poczucie wsparcia ze strony innych, negatywnymi natomiast: styl skoncentrowany na emocjach oraz lęk dyspozycyjny. Stres wyjaśniany jest przez styl skoncentrowany na emocjach, poczucie koherencji oraz lęk dyspozycyjny. Psychologicznymi mechanizmami warunkującymi zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę są zasoby podmiotowe. Zasoby te wpływają na zdrowie osób bliskich wspierających chorych na białaczkę, wzmacniają poczucie zdrowia, przeciwdziałają wysokiemu poziomowi stresu oraz warunkują radzenie sobie z trudną sytuacją jaką jest choroba białaczkowa osoby bliskiej. Zdrowiu sprzyja poszukiwanie kontaktów towarzyskich rozumiane jako poszukiwanie wsparcia, silne poczucie koherencji, poczucie wsparcia ze strony innych oraz pozytywna samoocena, która sprzyja unikaniu koncentracji na negatywnych emocjach i motywuje do podejmowania aktywności wyzwalającej pozytywne emocje, zagraża zdrowiu osób badanych koncentracja na negatywnych emocjach oraz wysoki poziom lęku dyspozycyjnego.

Wyniki badań mogą być zastosowane w praktyce psychologicznej - do konstruowania programów profilaktycznych i promujących zdrowie wśród osób wspierających chorych na białaczkę.

Abstract

The aim of the conducted research was to learn the psychological mechanisms leading to health in relatives who support patients with leukaemia.

The Functional Health Model developed by Helena Wrona-Polańska (2003), which is based on a systems theory that takes into account the relationship between a person and his or her environment, is the theoretical basis of the work. According to Wrona-Polańska (2003, 2011), health is understood as a function of creative coping with stress, where the key role is played by resources or their deficits, which determine the effectiveness of coping. The fundamental importance in the adopted model is attributed to the pro-health personality, a complex variable that influences three pathways to health (the competence path, the emotional path and the tension path).

The research covered 100 people supporting patients with leukaemia. A standardized interview constructed on the basis of the Questionnaire of Stressful Life Events (KWS) by Helena Wrona-Polańska (2003), estimated scales and questionnaire tools were used in the research. Health was defined on the basis of the operational definition of health given by Wrona-Polańska (2003), it was measured with five indicators: a sense of health, a sense of calm, a sense of quality of life, a sense of lack of fatigue and participation in social life. The result obtained by the participants on the scale of anxiety as a state (Wrona-Polańska, 2011) was the indicator of stress level. Styles of coping with stress were measured by using the Coping Inventory for Stressful Situations Questionnaire (CISS). The questionnaire and standardized interviews were used to study the resources. Self-esteem was measured with The Rosenberg Self-esteem Scale (SES), sense of coherence was measured with Antonovsky's sense of coherence (SOC-29), dispositional anxiety was measure with State-Trait Anxiety Inventory (STAI X-2) developed by D. Spielberg, J. Strelau, M. Tysarczyk and K. Wrześniewski, sense of support and self-efficacy in struggling with the disease of a close relative was measured with a standardized interview.

The analysis of the results was qualitative and quantitative, and included the following groups of variables: health, stress and coping styles as well as resources. The statistical analyses, that were carried out, revealed that 2/3 of the participants assessed their health as average or high. Half of the people supporting leukaemia patients experience a high level of stress. 1/4 of respondents have a low level of sense of coherence and control, 1/3 of respondents have a low

sense of support and self-efficacy in coping with the disease of a close relative, half of the respondents have a high level of dispositional anxiety.

The statistical analyses, that were carried out, enabled to determine the predictors of health, stress and coping with stress. The regression analysis revealed that the positive predictors of health of people supporting leukaemia patients are: seeking social contacts and a sense of support from others, while negative ones are: a style focused on emotions and dispositional anxiety. Stress is explained by a style focused on emotions, a sense of coherence and dispositional anxiety. Subjective resources are the psychological mechanisms conditioning the health of people supporting leukaemia patients. The resources affect the health of close relatives who support patients with leukaemia, strengthen the sense of health, counteract high levels of stress and condition the coping with a difficult situation such as a close relative's suffering from leukaemia. Health is conducive to the search for social contacts understood as seeking support, a strong sense of coherence, a sense of support from others and positive self-esteem, which helps to avoid concentration on negative emotions and motivates to engage in activities that release positive emotions. Concentration on negative emotions and high level of dispositional anxiety threaten the health of the participants.

The results of the research can be applied in psychological practice - to construct preventive and health promoting programs among people supporting patients with leukaemia.

Aneks

ZAŁĄCZNIK 1 WYWIAD STANDARYZOWANY

Poniżej znajdują się pytania. Jeśli Twoim zdaniem należy zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, zaznacz wszystkie właściwe. Odpowiedz na każde pytanie możliwie jak najbardziej szczerze. Jeśli nie znajdziesz właściwej dla siebie odpowiedzi wpisz w rubryce inne swoje odpowiedzi.

Przed przystąpieniem do pracy proszę o udzielenie kilku informacji:

Wiek.....

Płeć K / M

Data diagnozy choroby u osoby bliskiej

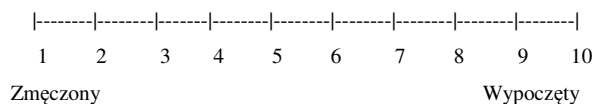
Osoba chora to dla Ciebie:

- a) współmałżonek
- c) rodzeństwo
- d) dziecko
- e) rodzic

Pytania :

<p>1. Z kim możesz porozmawiać o swoich problemach?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) współmałżonkiem b) przyjacielem/przyjaciółką c) dziećmi d) rodzicami e) innymi..... <p>2. Czy swoje zachowanie w sytuacjach codziennych oceniasz jako spokojne?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zdecydowanie nie b) raczej nie c) nie wiem d) raczej tak e) zdecydowanie tak 	<p>3. Jak oceniasz swój obecny stan zdrowia?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) bardzo zły b) zły c) średni d) dobry e) bardzo dobry <p>4. Czy zdarza się, że unikasz innych ludzi?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) bardzo często lub zawsze b) często c) nie wiem d) rzadko e) nigdy lub bardzo rzadko
--	--

5. Poniżej znajduje się linia, na jednym z jej krańców są ludzie, którzy czują się zmęczeni, a na przeciwnym ludzie wypoczęci. Zaznacz, w którym miejscu na tej linii Ty obecnie się znajdujesz?



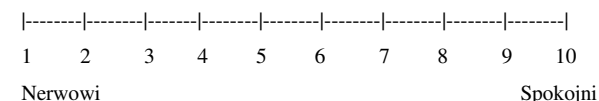
Uzasadnij dlaczego:.....

.....
.....
.....
.....

6. Czy zdarza się, że odczuwasz osamotnienie?:

- a) zawsze
- b) często
- c) nie wiem
- d) rzadko
- e) nigdy

7. Poniżej znajduje się linia, na jednym z jej krańców są ludzie nerwowi, a na przeciwnym - ludzie spokojni. Zaznacz, w którym miejscu na tej linii Ty obecnie się znajdujesz?:



Uzasadnij dlaczego:.....

.....
.....
.....
.....

8. Czy często odczuwasz różnego rodzaju dolegliwości?

- a) zawsze
- b) często
- c) trudno powiedzieć
- d) rzadko
- e) nigdy

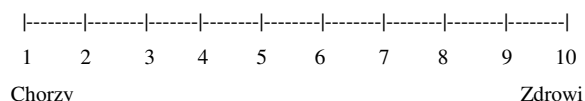
9. Jak często spotykasz się ze znajomymi?

- a) bardzo rzadko
- b) rzadko
- c) średnio
- d) często
- e) bardzo często

10. Jakiej pomocy oczekiwałabyś / oczekiwałbyś w aktualnej sytuacji od bliskich?

- e) wsparcia emocjonalnego
- b) pomocy w codziennych obowiązkach
- c) wsparcia informacyjnego
- d) pomocy materialnej
- e) inne.....

11. Poniżej znajduje się linia, na jednym z jej krańców są ludzie chorzy, a na przeciwnym - ludzie zdrowi. Zaznacz, w którym miejscu na tej linii Ty obecnie się znajdujesz?:



Uzasadnij dlaczego:.....

.....
.....
.....
.....

12. Jak często doświadczasz uczucia spokoju?

- a) nigdy
- b) rzadko
- c) nie wiem
- d) często
- e) zawsze

13. Jak często aktualnie odczuwasz zmęczenie?

- a) zawsze
- b) często
- c) nie wiem
- d) rzadko
- e) nigdy

14. Czy możesz liczyć na wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół?

- a) zdecydowanie nie
- b) raczej nie
- c) nie wiem
- d) raczej tak
- e) zdecydowanie tak

15. Jak często przebywasz w miejscach publicznych?

- a) bardzo rzadko
- b) rzadko
- c) średnio
- d) często
- e) bardzo często

16. Jakie aktualnie dolegliwości pojawiają się u Ciebie w sytuacji zmęczenia?

- a) bóle głowy
- b) brak apetytu
- d) problemy ze snem
- e) nerwowość i drażliwość
- f) problemy z koncentracją
- g) niepokój, czy podołam obowiązkom
- i) inne.....

17. Czy skutecznie radzisz sobie z trudnościami jakie przytrafiają się w Twoim życiu?

- a) zdecydowanie nie
- b) raczej nie
- c) nie wiem
- d) raczej tak
- e) zdecydowanie tak

18. Poniżej znajduje się linia, na jednym z jej krańców są ludzie, którzy czują, że są wycofani społecznie, a na przeciwnym ludzie, którzy czują, że biorą aktywny udział w życiu społecznym. Zaznacz, w którym miejscu na tej linii Ty obecnie się znajdujesz?

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wycofani społecznie

Aktywni społecznie

Uzasadnij dlaczego:.....

.....
.....
.....

19. Czy czujesz się wyczerpana/wyczerpany aktualną sytuacją związaną z chorobą bliskiej Ci osoby?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) nie wiem
- d) raczej nie
- e) zdecydowanie nie

20. Czy ostatnio odczuwasz pogorszenie stanu zdrowia?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) nie wiem
- d) raczej nie
- e) zdecydowanie nie

21. Na czyje wsparcie możesz aktualnie głównie liczyć?

- a) współmałżonka
- b) rodziców
- c) dzieci
- d) przyjaciół
- e) inne.....

22. Poniżej znajduje się linia, na jednym z jej krańców są ludzie, którzy oceniają swoje zdrowie ja nieudane i pełne rozczarowań, a na przeciwnym - ludzie, którzy oceniają swoje życie jako udane i satysfakcjonujące. Zaznacz, w którym miejscu na tej linii Ty obecnie się znajdujesz:

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Życie nieudane
i pełne rozczarowań

Życie udane
i pełne satysfakcji

Uzasadnij dlaczego:.....

.....
.....
.....
.....
.....

<p>23. Czy masz poczucie, że radzisz sobie z sytuacją choroby osoby bliskiej?</p> <p>a) nigdy b) raczej rzadko c) nie wiem d) raczej często e) bardzo często</p> <p>24. Z kim najczęściej rozmawiasz o swoich problemach?</p> <p>a) żoną/mężem b) partnerką/partnerem c) przyjaciółką/przyjacielem d) rodzicem e) dzieckiem f) psychologiem g) księdzem e) z nikim</p> <p>25. Moje zainteresowanie swoim zdrowiem od momentu zachorowania bliskiej mi osoby:</p> <p>a) zmalało</p> <p>Uzasadnij dlaczego.....</p> <p>b) nie zmieniło się, wcześniej dbałem na takim samym poziomie</p> <p>Uzasadnij dlaczego.....</p> <p>c) wzrosło</p> <p>Uzasadnij dlaczego.....</p> <p>Podaj przykłady swoich działań, które świadczą o wzroście zainteresowania zdrowiem?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>26. Poniżej znajduje się linia, na jednym z jej krańców są ludzie, którzy nie potrafią radzić sobie z chorobą bliskiej osoby, a na przeciwnym Ci którzy skutecznie radzą sobie z nią. Zaznacz, w którym miejscu na tej linii Ty obecnie się znajdujesz?</p> <p>----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- </p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nieskutecznie radzący sobie Skutecznie radzący sobie z chorobą bliskiej osoby z chorobą bliskiej osoby</p> <p>Uzasadnij dlaczego:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>27. Czy odczuwasz aktualnie większe zmęczenie?:</p> <p>a) zdecydowanie tak b) raczej tak c) nie wiem d) raczej nie e) zdecydowanie nie</p> <p>28. Czyjego wsparcia oczekiwałabyś / oczekiwałbyś w aktualnej sytuacji?</p> <p>a) żony/męża b) partnerki/partnera c) przyjaciółki/przyjaciela d) psychologa e) instytucji f) innego g) żadnego</p> <p>29. Czy masz zdiagnozowaną jakąś chorobę?</p> <p>a) tak b) nie</p> <p>Podaj jaką</p>
---	--

ZAŁĄCZNIK 1a KLUCZ DO WYWIADU STANDARYZOWANEGO

ZMIENNA	POZYCJA PYTANIA W WYWIADZIE	PRZEDZIAŁ PUNKTOWY	MOŻLIWE DO UZYSKANIA PUNKTY
ZDROWIE			
Poczucie zdrowia	11 - skala szacunkowa	1-10	6 -39
	3, 8, 20	a=1 b=2 c=3 d=4 e=5	
	16	1 - 7 1 punkt za każdy niewskazany objaw	
	33	1 - 7 za każdą wskazaną aktywność	
Poczucie spokoju	7 - skala szacunkowa	1 - 10	3 - 20
	2, 12	a=1 b=2 c=3 d=4 e=5	
Poczucie braku zmęczenia	5 - skala szacunkowa	1 - 10	4 - 25
	13,19, 27	a=1 b=2 c=3 d=4 e=5	
Udział w życiu społecznym	18 - skala szacunkowa	1 - 10	4 - 25
	4, 9, 15	a=1 b=2 c=3 d=4 e=5	
Poczucie jakości życia	22 - skala szacunkowa	1 - 10	2 - 15
	35	a=1 b=2 c=3 d=4 e=5	
Ogólna zmienna zdrowie	Suma wyników uzyskanych w poszczególnych wskaźnikach zdrowia		19 - 124

Poczucie wsparcia			
Poczucie wsparcia	6, 14	a=1 b=2 c=3 d=4 e=5	5 - 25
	1, 21, 34	1 - 5 1 punkt za każdy wskazany rodzaj wsparcia	
Poczucie samoskuteczności w radzeniu sobie z chorobą			
Poczucie samoskuteczności	26 - skala szacunkowa	1 - 10	1 - 10
	17, 23	a=1 b=2 c=3 d=4 e=5	3 - 20
Poziom stresu			
Poziom stresu	31 - skala szacunkowa	1 - 10	1-10
Odpowiedzi na pozostałe pytania zamieszczone w wywiadzie standaryzowanym zostały opracowane jakościowo			

ZAŁĄCZNIK 2 WYNIKI TESTU U MANNA-WHITNEYA

Tabela 43. Wyniki testu U Manna-Whitneya (wartości nieistotne statycznie)

Zmienna	Płeć	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Z	p
Poziom stresu	M	43,06	43	11,27	-1,49	0,136
	K	46,79	45	8,77		
Lęk dyspozycyjny	M	42,44	41	9,57	-1,13	0,259
	K	44,82	44,5	8,41		
Styl zadaniowy	M	57,00	59	9,08	-0,53	0,593
	K	57,79	60	9,77		
Styl emocjonalny	M	39,44	40	10,88	-0,85	0,397
	K	42,23	40,5	9,74		
Angażowanie się w czynności zastępcze	M	16,00	16	5,22	-0,89	0,373
	K	17,05	16	4,65		
Unikanie	M	8,91	9	1,88	-0,16	0,876
	K	9,18	9	1,68		
Utrzymywanie	M	15,18	15	2,92	0,15	0,881
	K	14,88	15	3,68		
Doznawanie	M	18,29	18	4,21	-1,66	0,098
	K	19,61	20	3,66		
Poczucie zrozumiałości	M	45,24	45,5	10,35	0,42	0,676
	K	43,82	43,5	8,49		
Poczucie zaradności	M	47,79	47,5	9,69	-0,08	0,933
	K	48,26	48	8,71		
Poczucie sensowności	M	40,68	40,5	9,16	-0,16	0,876
	K	41,29	41,5	7,18		
Poczucie koherencji	M	134,00	138	26,39	0,47	0,636
	K	133,36	134,5	20,23		
Samoocena	M	29,00	29	4,74	0,04	0,965
	K	29,23	29	5,11		
Ogólna zmienna zdrowie	M	51,62	43,00	26,62	1,54	0,123
	K	51,11	43,50	26,92		
Poczucie zdrowia	M	23,47	23	4,62	1,78	0,075
	K	21,39	21,5	4,85		
Poczucie spokoju	M	12,41	12	2,86	1,04	0,298
	K	11,70	11	3,39		
Poczucie jakości życia	M	6,94	8	2,83	0,23	0,816
	K	7,00	8	2,32		
Poczucie kontroli	M	53,26	53	8,44	0,11	0,913
	K	53,14	54,5	7,61		
Poczucie wsparcia	M	8,85	8,5	3,07	-0,49	0,626
	K	9,21	9	2,79		
Samoskuteczność	M	6,85	7	2,11	1,28	0,202
	K	6,23	6,5	2,03		

Spis tabel, wykresów i rycin

Tabele:

1. Zmienne i ich operacjonalizacja	84
2. Wartości statystyk opisowych w badanej grupie zmiennych: wiek i czas jaki upłynął od diagnozy choroby osoby bliskiej	91
3. Charakterystyka grupy badanej ze względu na płeć i charakter relacji z osobą chorą	91
4. Podstawowe statystyki opisowe dla ogólnej zmiennej zdrowie i jej wskaźników - wyniki surowe	92
5. Rozkład wyników dla ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe	93
6. Współczynniki korelacji pomiędzy zmienną zdrowie a jej wskaźnikami	93
7. Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikami zdrowia	93
8. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Moje zainteresowanie swoim zdrowiem od momentu zachorowania bliskiej mi osoby: ..."	95
9. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie zdrowia wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe	96
10. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie spokoju wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe	99
11. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie jakości życia wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe	101
12. Rozkład wyników dla zmiennej poczucie braku zmęczenia wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe	103
13. Rozkład wyników dla zmiennej udział w życiu społecznym wskaźnika ogólnej zmiennej zdrowie - wyniki stenowe	105
14. Podstawowe statystyki opisowe dla poziomu stresu	108
15. Rozkład wyników dla zmiennej poziom stresu - wyniki stenowe	108
16. Rozkład wyników poziomu stresu ze skali szacunkowej - wyniki stenowe	108
17. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Sytuacja choroby bliskiej mi osoby jest dla mnie..."	111
18. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennej style radzenia sobie ze stresem - wyniki surowe	112
19. Rozkład wyników dla zmiennej style radzenia sobie ze stresem - wyniki stenowe	112
20. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennych opisujących zasoby - wyniki surowe	113
21. Rozkład wyników dla zmiennych opisujących zasoby - wyniki stenowe	114

22. Rozkład wyników dla zmiennej samoocena - wyniki stenowe	114
23. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Z kim najczęściej rozmawiasz o swoich problemach?"	115
24. Rozkład odpowiedzi na pytanie: " Czyjej pomocy oczekiwałybyś/oczekiwałybyś w aktualnej sytuacji?	115
25. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Jakiej pomocy oczekiwałybyś/oczekiwałybyś w aktualnej sytuacji od bliskich?"	116
26. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "W jaki sposób bliscy obecnie Ci pomagają?"	116
27. Badane zmienne a płeć	118
28. Współczynniki korelacji pomiędzy zmienną zdrowie i jej wskaźnikami a stresem	121
29. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi style radzenia sobie ze stresem a poziomem stresu u osób bliskich wspierających chorych na białaczkę	122
30. Podsumowanie regresji liniowej dla stylów radzenia sobie ze stresem jako predyktorów stresu	123
31. Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikiem czasu jaki upłynął od diagnozy choroby u osoby bliskiej a zdrowiem i stresem u osób wspierających chorych na białaczkę	124
32. Współczynniki korelacji pomiędzy zmienną zdrowie i jej wskaźnikami a stylami radzenia sobie ze stresem	125
33. Podsumowanie regresji liniowej dla stylów radzenia sobie ze stresem jako predyktorów zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę	126
34. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi zasoby podmiotowe a stresem	128
35. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stresu u osób wspierających chorych na białaczkę	130
36. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi zasoby podmiotowe a stylami radzenia sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę	131
37. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu skoncentrowanego na zadaniu	132
38. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu skoncentrowanego na emocjach	133
39. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu skoncentrowanego na unikaniu	134
40. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów stylu poszukiwanie kontaktów towarzyskich	134

41. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi opisującymi zasoby podmiotowe a zdrowiem osób wspierających chorych na białaczkę	136
42. Podsumowanie regresji liniowej dla zasobów podmiotowych jako predyktorów zdrowia	138
43. Wyniki testu U Manna-Whitneya (wartości nieistotne statycznie)	196

Wykresy:

1. Sytuacja zdrowotna osób badanych	107
-------------------------------------	-----

Ryciny:

1. Choroby nowotworowe na świecie w 2016 roku	9
2. Funkcjonalny Model Zdrowia i Choroby	37
3. Teoretyczny Model Zdrowia	54
4. Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) badanych osób po transplantacji szpiku	57
5. Kontinuum zdrowia i choroby [HE – zdrowie, DE – choroba]	59
6. Pola zdrowia na podstawie raportu Lalonde'a	73
7. Dostosowany do celów niniejszej pracy Model Zdrowia i jego uwarunkowań	80
8. Płeć a styl skoncentrowany na unikaniu	119
9. Płeć a styl skoncentrowany na unikaniu o charakterze poszukiwania kontaktów towarzyskich	119
10. Płeć a poczucie braku zmęczenia (wskaźnik zdrowia)	120
11. Płeć a udział w życiu społecznym (wskaźnik zdrowia)	120
12. Płeć a kontrola o typie zmagania	120